

Angststörungen

Kognitive Verhaltenstherapie

Moderne Angst- und
Sorgenmodelle und ihre
Bedeutung

Seite 17

S3-Leitlinie

Die wichtigsten Empfehlun-
gen und Neuerungen

Seite 64

Komplexe Angststörungen

Wie bewerten Patienten
ihre Therapie im Rückblick?

Seite 79





Dr. phil. Barbara Stein,
Dipl.-Psych.
Schriftleitung PiD

Mut ist Widerstand gegen die Angst. Sieg über die Angst, aber nicht Abwesenheit von Angst.

(Mark Twain, 1835–1910)

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

ich freue mich sehr, Sie zum ersten Mal in meiner Funktion als Schriftleiterin der PiD begrüßen zu dürfen und diesen Willkommensgruß an Sie zu richten, als kleine Geste an der Eingangstür eines neuen Heftes, mit dem wir Sie in ein neues Themengebäude aus der Perspektive unserer Autor*innen und Heftherausgeber* hineinbitten wollen.

Ein PiD-Heft zum Thema Angst kann zeitlich nicht passender sein! Gerade in diesem Jahr bedrückt uns vieles, macht uns Sorgen und löst Ängste aus. Die Corona-Pandemie und das Risiko einer Infektion mit möglichen längerfristigen gesundheitlichen Folgen, der russische Angriffskrieg auf die Ukraine, aber vor allem die Folgen des Krieges auf die Welternährungssituation, die Energieknappheit, die Inflation und die daraus resultierenden sich verschärfenden sozialen Probleme und Ungleichheiten. Bei all diesen akuten Krisen treten die Klimakrise und die bedrohlichen Folgen des Klimawandels fast in den Hintergrund, konfrontieren uns jedoch mit den Konsequenzen unseres expansiven Lebensstils – nicht nur für uns, sondern für die gesamte Weltbevölkerung.

In Anbetracht dieser ganzen Krisen besteht das Risiko, dass wir mit Ohnmachtsgefühlen, Hilflosigkeit und existenziellen Ängsten reagieren. Nicht nur unsere Patientinnen und Patienten sind vulnerabler, sondern auch wir selbst benötigen ein Mehr an Kraft und Energie, um das Gefühl der Bedrohlichkeit zu kanalisieren und ertragbar zu machen. Wir wünschen uns schnelle Lösungen, die uns als Schutzschild gegen die Ängste beruhigen – und wissen doch, dass es diese nicht gibt.

Verzagen oder nicht hinschauen hilft nicht – zumindest nicht dauerhaft. Und daher lohnt es sich, den Blick zu heben und sich auf unser Repertoire als Psychotherapeut*innen zu beziehen: Was kann uns bei den Lösungen unserer Probleme unterstützen? Wie schon Mark Twain so treffend schreibt: Angst wird erträglicher durch den Mut zum Widerstand. Und ich darf ergänzen: Entschlossenheit, neue Pfade einzuschlagen, gepaart mit Ausdauer und Geduld, die Fäden der Probleme kontinuierlich zu entwirren. Und natürlich Kreativität bei der Entwicklung neuer Visionen für die kleinen und großen Schritte im Umgang mit den Konflikten und Ressourcen unserer Welt.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen Beherztheit, Beharrlichkeit und Zuversicht! Und natürlich: viele Anregungen durch unser neues Heft.

Barbara Stein



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 Lehrtrainertätigkeit 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 Klinische Psychologie II an den Universitäten Kassel und Co-Leiter der angegliederten Institutsambulanz und Editor der Wissenschaftszeitung „Psychotherapy Research“.



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 (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, Psychoanalytiker (DGPT), analytischer Familientherapeut. Er ist apl. Professor für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Heidelberg, dort war er bis 8/2020 Stellvertreter des ärztlichen Direktors der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik. Aktuell ist er Co-Leiter des Heidelberger Instituts für Psychotherapie (Tiefenpsychologie und Systemische Therapie) und arbeitet in privater Praxis.



Dr. phil. Barbara Stein, Dipl.-Psych.

Schriftleitung, *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. Alexandra Zaby, Dipl.-Psych.

*1971, ist Psychologische Psychotherapeutin, Schwerpunkt Verhaltenstherapie; nach beruflichen Stationen in der psychosomatischen Rehabilitation und als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Koblenz-Landau (Forschungsbereich Somatoforme Störungen) war sie Geschäftsführerin des dortigen universitären Ausbildungsinstitutes für Psychologische Psychotherapeut*innen, sowie der Ausbildungsambulanz; seit 2017 ist sie freiberuflich im Bereich Ausbildung und Psychotherapie tätig; seit 2020 ist sie als Psychotherapeutin in der kassenärztlichen Versorgung in der Pfalz (Böhl-Iggelheim) niedergelassen.

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
Johannes Ehrenthal, Köln
Michael Geyer, Erfurt
Sabine Hertz, Heidelberg
Jürgen Hoyer, Dresden
Johannes Kruse, Gießen
Hans Lieb, Edenkoben
Wolfgang Lutz, Trier
Andreas Maercker, Zürich
Dietrich Munz, Stuttgart
Babette Renneberg, Berlin
Martin Sack, München

Silvia Schneider, Bochum
Bernhard Strauß, Jena
Kirsten von Sydow, Hamburg
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

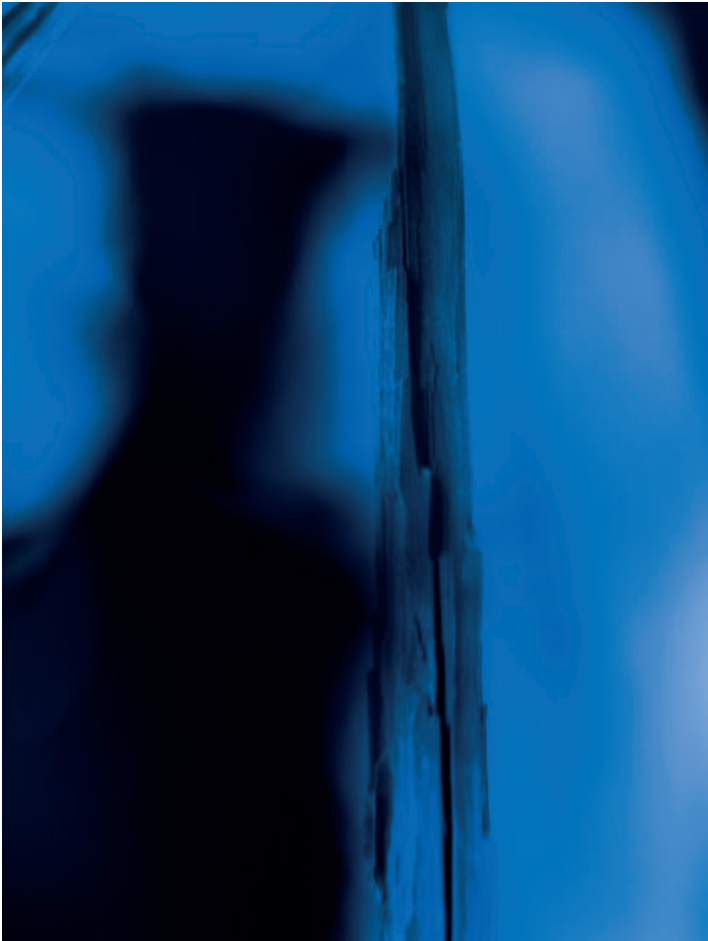
Besuchen Sie die PiD im Internet!
Private Abonnenten können dort alle bisher veröffentlichten Artikel über das Online-Archiv abrufen.

Indexiert in: PSYNDEX

PiD

Psychotherapie im Dialog

September 2022 · 23. Jahrgang · Seite 1–112



Angststörungen gehören nach wie vor zu den am meisten verbreiteten psychischen Erkrankungen. Ob als spezifische Phobie oder als Panik- oder generalisierte Angststörung: Der Verlauf ist häufig chronisch und beeinträchtigt stark die Lebensqualität der Betroffenen. Wie kann ihnen effektiv geholfen werden? PiD fasst neue Erkenntnisse im Verständnis von Angststörungen zusammen und setzt sich mit modernen und bewährten Methoden in deren Therapie auseinander.

- 6 **Für Sie gelesen** | Neues Testinstrument zur Bewertung der Mentalisierungsfähigkeit entwickelt
- 7 **Für Sie gelesen** | Borderline-Syndrom: Aufforderung zu mentaler Reflexion senkt Erregungszustand
- 8 **Für Sie gelesen** | Ist transdiagnostische Gruppentherapie gleich wirksam wie störungsspezifische?
- 9 **Für Sie gelesen** | Probiotika-Behandlung bei Depression – vielversprechende Ergebnisse
- 10 **Alles was Recht ist** | Die Polizei – stets Dein Freund und Helfer?

Angststörungen

- 13 **Editorial** | **Angststörungen** Henning Schauenburg, Christoph Flückiger, Volker Köllner
- 15 **Essentials** | **Angststörungen** Daniela Schultheis
- 17 **Standpunkte** | **Angst- und Sorgenmodelle in der modernen Kognitiven Verhaltenstherapie** Christoph Flückiger, Jürgen Hoyer
- 24 **Standpunkte** | **Angstmodelle in der modernen Psychodynamik** Cord Benecke, Miriam Henkel
- 30 **Aus der Praxis** | **Epidemiologie von Ängsten und Sorgen** Frank Jacobi, Juliette Marchewka
- 36 **Aus der Praxis** | **Timeo – ergo sum: Ein evolutionsbiologischer Blick auf Angststörungen** Kati Roesmann, Ulrike Lueken
- 40 **Aus der Praxis** | **Angstproblematiken: Dimensionale Betrachtung und Einbettung in die Persönlichkeit** Carina Remmers, Johannes Zimmermann
- 45 **Aus der Praxis** | **Multimorbidität von Angststörungen und Suchterkrankungen: Entstehung, Wechselwirkungen, Therapie** Monika Vogelgesang

- 49 **Aus der Praxis | COVID-19 – auch eine Pandemie der Angst** Martin Teufel, Hannah Dinse, Eva-Maria Skoda
- 55 **Aus der Praxis | Körperbezogene Ängste** Laura von Soosten-Höllings-Lilge, Ulrich Stangier
- 60 **Aus der Praxis | Funktionale Anteile der menschlichen Angst** Jan Schürmann-Vengels, Ulrike Willutzki
- 64 **Aus der Praxis | Überarbeitete S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen** Manfred E. Beutel, Jörg Wiltink, Antonia M. Werner, Borwin Bandelow
- 69 **Aus der Praxis | Pharmakotherapie bei Angststörungen – eine kritische Auseinandersetzung** Sophia Chrysanthou, Volker Köllner
- 75 **Aus der Praxis | Digitale Interventionen bei Angststörungen** Lena Steubl, Harald Baumeister
- 79 **Aus der Praxis | Die APS-Studie: Patientenerfahrungen am Ende einer intensiven Psychotherapiestudie** Henning Schauenburg
- 84  **CME Fragen**
- 89 **Über den Tellerand | Angst und Misstrauen in Zeiten der Pandemie – eine sozialpsychologische Perspektive** Vera King
- 93 **Dialog Links | Informationsangebote rund um das Thema Angststörungen im Internet** Sabine Abert
- 98 **Dialog Books | Bücher zum Thema** Sarah Schroth
- 103 **Resümee | Angststörungen** Christoph Flückiger, Henning Schauenburg, Volker Köllner

Ein Fall – verschiedene Perspektiven

105 Fallbericht Post-COVID-Syndrom

Sehenswert

109 Die beste aller Welten

Backflash

111 Frühstücksbuffet – die Herausforderung

112 Vorschau

Impressum auf der letzten Seite

Covergestaltung: © Thieme

Bildnachweis Cover: Quelle: © Angst; Lisa Grub, Saarbrücken

PREISANPASSUNG

Die Bezugspreise für die PiD · Psychotherapie im Dialog werden zum 1. Januar 2023 wie folgt angepasst:
€ 158,00 (ermäßigter Preis für Ärzte und Psychotherapeuten in der Weiterbildung sowie Studenten € 112,00), institutionelles Abonnement € 297,00, jeweils zuzüglich Versandkosten Inland € 25,60 und Ausland € 35,40. Einzelheft € 49,00 zuzüglich Versandkosten ab Verlagsort

Neues Testinstrument zur Bewertung der Mentalisierungsfähigkeit entwickelt

Müller S. et al. Development and Validation of the Certainty About Mental States Questionnaire (CAMSQ): A Self-Report Measure of Mentalizing Oneself and Others. Assessment 2021; DOI: 10.1177/10731911211061280.

Das Wahrnehmen und Interpretieren mentaler Zustände von sich selbst oder anderen kann unter dem Begriff des Mentalisierens zusammengefasst werden. Defizite im Mentalisieren können sich dabei auf die psychische Gesundheit auswirken und zu maladaptiven Gefühls-, Denk- und Verhaltensmustern beitragen. Wissenschaftler der Universität Kassel haben nun ein neues Instrument entwickelt, das die wahrgenommene Mentalisierungsfähigkeit testet.

Bislang gilt die Reflective Functioning Scale als Goldstandard für die Bewertung der Mentalisierung. Allerdings ist die Beurteilung sehr zeitaufwendig – ähnlich wie auch die Beurteilung mit dem Movie for the Assessment of Social Cognition, der zudem auf das Mentalisieren anderer beschränkt ist. Schließlich wurden kritische Bedenken auch gegenüber einer Bewertung mit dem Reflective Functioning Questionnaire geäußert. Angesichts der potenziellen Unzulänglichkeiten bestehender Messinstrumente, haben Müller et al. einen Fragebogen zur Selbsteinschätzung des Mentalisierens, den Certainty About Mental States Questionnaire (CAMSQ) entwickelt und diesen in 2 Studien getestet. Der CAMSQ bewertet die selbstberichtete Gewissheit, die mit dem Ziehen von Schlussfolgerungen über die mentalen Zustände von sich selbst und anderen verbunden ist. Ziel der Forschenden war es, ein Instrument zu entwickeln, das sowohl maladaptive Varianten des gestörten Mentalisierens (Hypo- und Hypermentalisieren) als auch das echte Mentalisieren erfasst und unterscheidet. Um die Generalisierbarkeit der Bewertung mit dem CAMSQ zu fördern, erstellten die Forschenden gleichzeitig parallele Sätze von Items in Englisch und Deutsch. Der Fragebogen enthielt neben einer Skala, auf der die Befragten Angaben zur Häufigkeit des Mentalisierens machen konnten, bereits vorgegebene Antwortmöglichkeiten mit mentalisierenden Schlussfolgerungen.

In 2 Studien mit insgesamt 1828 Probanden untersuchten die Wissenschaftler u. a. Zusammenhänge des CAMSQ mit anderen Messungen des Mentalisierens, die Beziehungen zur psychischen Gesundheit, seine Reliabilität, Assoziationen mit konvergen- und diskriminanten Konstrukten sowie seine Fähigkeit, maladaptive Formen von zu viel und zu wenig Gewissheit über mentale Zustände zu beurteilen. In Studie 1 lag der Schwerpunkt dabei auf der Untersuchung der Dimensionalität des ursprünglichen CAMSQ-Itempools mit 40 selbstbeschreibenden Aussagen (die Hälfte der Items bezog sich auf die Interpretation der eigenen mentalen Zustände, die andere Hälfte auf die Interpretation der mentalen Zustände anderer), die auf einer 7-stufigen Häufigkeitsskala beantwortet wurden. Die amerikanische Stichprobe umfasste 519 Teilnehmende, die deutsche Stichprobe schloss 505 Teilnehmende ein, die in Bezug auf Alter und Geschlecht repräsentativ für die deutsche Allgemeinbevölkerung war. Aus den Ergebnissen der 1. Studie leiteten die Forschenden den endgültigen CAMSQ in seiner 20-Item-Form ab. Dieser wurde anschließend in Studie 2 validiert. Dabei prüften Müller et al., ob ihre Interpretationen von Hypo- und Hypermentalisierung auch in den weiteren Stichproben unterstützt würden. Die amerikanische Stichprobe für Studie 2 umfasste 403 amerikanische und 505 deutsche Teilnehmer, die so ausgewählt wurden, dass sie in Bezug auf Alter und Geschlecht annähernd repräsentativ für die US-, bzw. die deutsche Allgemeinbevölkerung waren.

Die Daten aus Studie 2 unterstützten dabei die zweidimensionale Struktur des 20 Items umfassenden CAMSQ in beiden Sprachen und zeigten eine starke Messinvarianz zwischen den USA und Deutschland. Selbst- und Fremdgewissheit wiesen hohe interne Konsistenzen auf und Test-Retest-Korrelationen deuteten darauf hin, dass diese Werte eigenschaftsähnliche Merkmale widerspiegeln. Die Korrelationen der CAMSQ-Skalen mit bestehenden Fragebögen zur Mentalisierung lieferten zusätzliche Belege für ihre konvergente und diskriminante Validität.

FAZIT

Laut den Studienautoren könne der CAMSQ maladaptive Formen von zu wenig oder zu viel Gewissheit über mentale Zustände messen. Auf der Basis ihrer Ergebnisse schlugen die Autoren zudem eine neue und verfeinerte Konzeptualisierung des Mentalisierens vor. Mit dem CAMSQ stünden nun 2 äquivalente und psychometrisch fundierte Versionen (in Englisch und Deutsch) für die Bewertung der Mentalisierungsfähigkeit offen zugänglich zum Einsatz bereit.

Leandra Metzger, Stuttgart

Borderline-Syndrom: Aufforderung zu mentaler Reflexion senkt Erregungszustand

Kivity Y et al. In-Session Reflective Functioning in Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: The Emotion Regulatory Role of Reflective Functioning. J Consult Clin Psychol 2021; 89: 751–761. doi:10.1037/ccp0000674

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zeichnet sich durch eine gestörte Selbstwahrnehmung, rasche Stimmungswechsel sowie instabile zwischenmenschliche Beziehungen aus. Bereits veröffentlichte Studien weisen zudem darauf hin, dass bei Personen mit BPS die Fähigkeit, mentale Zustände zu verstehen (Reflective Functioning, RF), beeinträchtigt sei. Dabei ist RF wesentlich beim sozialen Lernen, der Selbstorganisation und der Emotionsregulation.

Weiterhin deuten bisherige Erkenntnisse darauf hin, dass v. a. die übertragungsfokussierte psychodynamische Psychotherapie (transference-focused therapy, TFP) einen Anstieg der RF bewirkt, während ein solcher Anstieg bei keinem anderen Ansatz beobachtet werden konnte. Es wird vermutet, dass TFP-Therapeuten dazu neigen, ihre Patienten aufzufordern, über mentale Zustände nachzudenken (Appelle für RF) – etwa indem sie die Patienten fragen, was ihrer Meinung nach in den Köpfen anderer Menschen vorgehe. Eine gesteigerte RF wiederum könne vermutlich eine verbesserte psychologische Integration fördern, die schließlich zu einer Verringerung der BPS-Symptome führt.

Eine israelische Studie untersuchte nun, ob die Aufforderung an BPS-Patienten, während der Sitzung über mentale Zustände nachzudenken, die emotionale Erregung herunterregulieren kann. Dafür griffen die Forschenden auf die Daten einer bereits abgeschlossenen randomisierten kontrollierten Studie zurück. Bei dieser hatten BPS-Patienten eine einjährige ambulante Behandlung erhalten, wobei erstere per Zufallsprinzip einer der folgenden 3 Behandlungen zugeteilt wurden:

1. TFP,
2. Dialektisch-Behaviorale Therapie (dialectical behavior therapy, DBT),
3. Supportive Psychotherapie (supportive psychodynamic therapy, SPT).



Bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ist u. a. die Fähigkeit, mentale Zustände zu verstehen, beeinträchtigt. (Bildquelle: © momius/stock.adobe.com)

Während der gesamten Studie zeichneten die Therapeuten ihre Sitzungen regelmäßig auf Video auf. Pro Patient wurden bis zu 3 Sitzungen, die jeweils eine unterschiedliche Behandlungsphase repräsentierten (4, 8 und 12 Monate nach Beginn der Behandlung), aufgezeichnet.

In der vorliegenden Studie unterteilten die Forschenden diese Aufzeichnungen in Gesprächsabschnitte. Die sogenannten „Talk-Turns“ umfassten dabei alle Äußerungen eines Sprechers vom Beginn des „Talk-Turns“ bis zum Übergang des Gesprächs auf den anderen Sprecher. Anschließend bewerteten die Forschenden, ob die Therapeuten ihre Patienten während des Gesprächs aufforderten, ihren mentalen Zustand zu berücksichtigen oder nicht. Die Patientenaussagen wurden zudem mithilfe der Reflective Functioning Scale bewertet. Sie reicht von –1 (völlig unreflektiert in Bezug auf die mentalen Zustände anderer) bis 9 (ungewöhnlich komplexe Überlegungen zu mentalen Zuständen). Zudem wurden die Patientenaussagen akustisch nach Erregung kodiert. Dabei diente die Stimmlage – gemessen anhand der Grundfrequenz f_0 – als Maß für die emotionale Erregung. Höhere Werte von f_0 wiesen dabei auf eine höhere Tonhöhe und damit auf eine höhere psychophysiologische Erregung hin.

Ergebnisse

Die endgültige Stichprobe bestand aus 30 TFP-, 29 DBT- und 29 SPT-Patienten. Das Durchschnittsalter betrug 31 Jahre (Spanne: 19–52 Jahre, $SD = 7,9$) und die Stichpro-

be war überwiegend weiblich (93 %). Insgesamt standen 205 Videoaufzeichnungen zur Verfügung (88 aus der frühen, 63 aus der mittleren und 54 aus der späten Behandlungsphase).

- TFP-Therapeuten machten in 35 % ihrer Interventionen Angebote für RF, während DBT- und SPT-Therapeuten im Vergleich zu TFP nur halb so viele Angebote machten (17 %) ($p < 0,001$).
- Die Fähigkeit zu RF war bei allen Patienten im Durchschnitt bei allen Behandlungen und zu allen Zeitpunkten eher niedrig. Es wurden keine signifikanten Veränderungen bei RF während einer der Behandlungen beobachtet.
- RF-Angebote des Therapeuten sagten bei allen 3 Therapien einen besseren RF-Wert nach dem Angebot voraus ($p < 0,001$). Ein besserer RF-Wert sagte wiederum eine geringere stimmlich kodierte Erregung bei der gleichen Gesprächsrunde voraus ($p < 0,001$).

FAZIT

Die Studie belegt, dass die Aufforderung, über mentale Zustände nachzudenken, den emotionalen Erregungszustand der BPS-Patienten senken kann. Laut den Autorinnen und Autoren könne dem Reflektieren mentaler Zustände daher eine emotionsregulierende Rolle in Psychotherapien für BPS zukommen.

Leandra Metzger, Stuttgart

Ist transdiagnostische Gruppentherapie gleich wirksam wie störungsspezifische?

Reinholt N et al. Transdiagnostic versus Diagnosis-Specific Group Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders and Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom* 2022; 91: 36–49. doi:10.1159/000516380

Transdiagnostische Gruppentherapie könnte gegenüber störungsspezifischer Gruppentherapie Vorteile haben, indem sie komorbide Störungen abdeckt, die Ausbildung der Therapeuten vereinfacht, eine bessere Kosteneffizienz aufweist und zu kürzeren Wartezeiten für die Patienten führt. Aber ist eine transdiagnostische Gruppentherapie auch genau so wirksam wie eine störungsspezifische Gruppentherapie?

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) kann störungsspezifisch oder transdiagnostisch durchgeführt werden. Störungsspezifische KVT (sKVT) mit Fokus auf eine einzelne Diagnose stellt dabei die am stärksten empirisch gestützte psychologische Behandlung für Angst und Depression dar. Transdiagnostische KVT (tKVT) wendet eine einheitliche Reihe von Maßnahmen auf verschiedene Störungen an, mit dem Ziel gemeinsame Merkmale bei ähnlichen Störungen zu behandeln. Dadurch können komorbide Störungen mit abgedeckt werden und die Ausbildung der Therapeuten wird vereinfacht. Mehrere Studien deuten auf eine vergleichbare Wirksamkeit transdiagnostischer und störungsspezifischer Einzeltherapien hin.

Gruppentherapien können im ressourcenbeschränkten klinischen Rahmen die bevorzugte Behandlungsform sein, da sie im Vergleich zur Einzelbehandlung kostengünstiger sind. Auch Gruppentherapien können störungsspezifisch oder transdiagnostisch durchgeführt werden, doch gibt es bisher kaum Belege für die Vergleichbarkeit der Wirksamkeit. In dieser Studie verglichen die Autoren eine neu entwickelte Gruppenversion einer vielfach untersuchten transdiagnostischen KVT mit den Gruppenversionen etablierter störungsspezifischer KVT. Im Fokus stand dabei die Frage, ob die transdiagnostische Gruppen-KVT in der Behandlung von Angst und Depression eine ähnliche Wirksamkeit aufweist wie die störungsspezifische Gruppen-KVT.

In der randomisiert kontrollierten Studie erhielten 291 Patienten mit Major Depression, sozialer Angststörung, Panikstörung oder Agoraphobie in einer der 3 teilnehmenden ambulanten psychiatrischen Einrichtungen in Dänemark entweder 14 Sitzungen transdiagnostische Gruppen-KVT oder störungsspezifische Gruppen-KVT. Für die transdiagnostische Gruppen-KVT wurde die neu entwickelte Gruppenversion des „Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders“ (UP) verwendet. Die Behandlungsergebnisse wurden am Ende der Therapie und bei einer Nachuntersuchung nach 6 Monaten untersucht.

Vergleichbare Behandlungsergebnisse am Ende der Therapie

Das primäre Kriterium für die Behandlungsergebnisse war der Index der Weltgesundheitsorganisation (WHO-5), der das psychische Wohlbefinden erfasst. Beide Gruppentherapien zeigten eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens von vor der Therapie bis zum Ende der Therapie. Am Ende der Therapie war das mittlere psychische Wohlbefinden der UP-Patienten (n = 148) vergleichbar mit dem der sKVT-Patienten (n = 143), bei der Nachuntersuchung nach 6 Monaten zeigten sich uneindeutige Ergebnisse.

Zusätzlich zum psychischen Wohlbefinden wurden noch weitere Kriterien für die Behandlungsergebnisse der beiden Gruppentherapien untersucht. Dabei zeigten sich durchweg vergleichbare Ergebnisse zwischen den beiden Gruppentherapien – sowohl am Ende der Therapie als auch bei der Nachuntersuchung nach 6 Monaten: Die tKVT war der sKVT in Bezug auf die Verringerung der von den Patienten selbst angegebenen Symptome (gemessen mit der „symptom checklist“) und der von Beobachtern bewerteten Angst- und Depressionssymptome (gemessen mit der „Hamilton Anxiety/Depression Rating Scale“) nicht unterlegen. Auch in Bezug auf die Zufriedenheit der Patienten mit der Therapie und die Zahlen in Bezug auf Abbrüche, An-

sprechen auf die Therapie, Remission und Verschlechterung waren die beiden Gruppentherapien vergleichbar.

FAZIT

Den Autoren zufolge konnte gezeigt werden, dass die transdiagnostische der störungsspezifischen Gruppen-KVT bei der Behandlung von Angststörungen und Major Depression am Ende der Therapie nicht unterlegen war. Die Vergleichbarkeit in Bezug auf die längerfristige Wirkung hingegen muss noch weiter untersucht werden. Sollten die Studienergebnisse repliziert werden, könne die transdiagnostische Gruppen-KVT als geeignete Alternative zur störungsspezifischen Gruppen-KVT in Betracht gezogen werden.

M.Sc. Greta Probst, Zürich

Probiotika-Behandlung bei Depression – vielversprechende Ergebnisse

Schaub AC et al. Clinical, gut microbial and neural effects of a probiotic add-on therapy in depressed patients: a randomized controlled trial. *Translational Psychiatry* 2022; 12.
DOI: 10.1038/s41398-022-01977-z

Die Behandlungsoptionen bei depressiven Störungen in ihren schwersten Formen sind immer noch unzufriedenstellend. Ein neuer Behandlungsansatz zielt auf die Mikrobiom-Darm-Hirn-Achse ab. Kann eine kurzzeitige, hochdosierte Probiotikagabe depressive Symptome sowie mikrobiologische und neuronale Veränderungen im Darm reduzieren? Eine in der Schweiz durchgeführte Studie liefert interessante Ergebnisse.

Erste präklinische Daten wiesen bereits darauf hin, dass die Darmmikrobiota Gehirnfunktionen und das Verhalten depressiver Patienten beeinflusst. Das internationale Forscherteam führte nun eine erste randomisierte, kontrollierte Studie zu den klinischen, mikrobiologischen und neuronalen Auswirkungen einer probiotischen Zusatztherapie bei depressiven Patienten durch.

Insgesamt 47 Patienten schlossen die Intervention ab. Sie nahmen 31 Tage lang entweder ein Multi-Stamm-Probiotika ($n = 21$) oder ein Placebo ($n = 26$) zusätzlich zu ihrer gewöhnlichen Behandlung. Die Probanden befanden sich zum Zeitpunkt der Studie mindestens in einer milden depressiven Episode – beurteilt anhand eines Wertes von mehr als 7 auf der Hamilton-Skala. Die Veränderung der Werte auf der Hamilton-Skala wurde als primäres Ergebnis der Studie bewertet. Daneben analysierten die Forschenden das Darmmikrobiom der Teilnehmenden sowie die Gehirnstruktur und -funktion mittels Neuroimaging. So sollten Veränderungen entlang der Mikrobiota-Darm-Hirn-Achse festgestellt werden. Die Patienten unterzogen sich dabei einer funktionellen Magnetresonanztomografie und erhielten beispielsweise eine Aufgabe zur emotionalen Verarbeitung von neutralen und ängstlichen Gesichtern. Messzeitpunkte waren vor, unmittelbar nach und erneut vier Wochen nach der Intervention.



Probiotika können nicht nur unsere körperliche, sondern auch unsere psychische Gesundheit beeinflussen (Bildquelle: © Kateryna_Kon/stock.adobe.com).

Ergebnisse

- Bei den Probanden, die die Intervention abschlossen, verringerten sich die Depressionswerte auf der Hamilton-Skala im Laufe der Studie – ($F(2; 91,55) = 100,56; p < 0,001$).
- Ein Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe zeigte einen stärkeren Rückgang der Depressionswerte in der Probiotikagruppe im Vergleich zur Placebogruppe ($F(2; 91,55) = 3,4; p < 0,05$).
- Die Probiotika erhielten die mikrobielle Vielfalt aufrecht und erhöhten die Abundanz der Gattung *Laktobazillus*.
- Es konnte ein Zusammenhang zwischen der Zunahme der *Laktobazillen* und der Abnahme depressiver Symptome in der Probiotikagruppe festgestellt werden.
- Hinsichtlich der emotionalen Verarbeitung im Gehirn war die Aktivierung des Putamens als Reaktion auf neutrale Gesichter nach der Probiotika-Intervention signifikant verringert.

Dies deutet laut den Autoren darauf hin, dass Probiotika den Negativitätsbias in der emotionalen Gesichtsverarbeitung verändern könnten. Eine Veränderung dieser negativen Verzerrung bei depressiven Patienten könne so zu deren erfolgreichen Behandlung beitragen.

FAZIT

Die Autoren schlussfolgern aus ihren Daten, dass eine Probiotika-Behandlung depressive Symptome sowie Veränderungen in Darmmikrobiom und Gehirn von depressiven Patienten verbessert. Zukünftig seien größere Langzeitstudien und eine Klärung der Wechselwirkung mit antidepressiver Medikation notwendig. Die Ergebnisse sind noch von einer klinischen Anwendung entfernt, zeigen aber, dass es sich auch im Bereich Psychotherapie und Psychosomatik lohnt, weiter an der Mikrobiom-Darm-Hirn-Achse zu forschen.

Annkatriin Wagner, M. Sc. Psychologie, Stuttgart

Die Polizei – stets Dein Freund und Helfer?



„Wo gehobelt wird, da fallen Späne“ – diese Volksweisheit gilt auch bezüglich der beruflichen Tätigkeit von Therapeut*innen. Auch sie sind nicht davor gefeit, sich bei ihrer Arbeit strafbar zu machen.

Ermittlungsverfahren gegen Therapeut*innen sind oft mit erheblichen Beeinträchtigungen für diese verbunden. Strafverfahren und die damit einhergehende Publizität sind nicht selten existenzgefährdend oder -vernichtend [1]. Der Arbeitsplatzverlust bei angestellten Therapeut*innen oder die mangelnde Frequentierung von niedergelassenen Therapeut*innen sind ebenso typische Begleiterscheinungen, wie Maßnahmen betreffend die kassenärztliche Zulassung oder Approbation [1]. Oft hilft auch ein Freispruch im Strafverfahren nichts, denn Stigmatisierung und psychische Belastung bleiben häufig erhalten [1].

Mögliche Straftaten

Da die Möglichkeiten, sich als Therapeut*in strafbar zu machen, vielfältig sind, werden nur häufige Tatbestände genannt, oder solche mit schweren Folgen, wie Entziehung der Kassenzulassung oder Approbation.

Körperverletzung

Häufiger ist die fahrlässige Körperverletzung (§ 229 StGB) Gegenstand von Ermittlungen gegen Therapeut*innen, seltener die vorsätzliche Körperverletzung (§ 223 StGB).

Verletzen Therapeut*innen bei der Behandlung die erforderliche Sorgfalt, obwohl sie die Körperverletzung vorhersehen und die Rechtswidrigkeit ihres Tuns erkennen konnten, machen sie sich der fahrlässigen Körperverletzung strafbar.

Behandlungsfehler ist jeder Verstoß gegen den fachärztlichen/therapeutischen Standard, d. h. jede ärztliche/therapeutische Maßnahme, die nach dem jeweiligen Stand der (medizinischen) Wissenschaft unsachgemäß ist [2]. Die Verletzung von Stan-

dards bzw. Leit- oder Richtlinien führt nicht zwingend, aber regelmäßig zur Annahme eines Sorgfaltspflichtverstoßes [3].

Tötungsdelikte

Auch im therapeutischen Bereich gibt es die vorsätzliche (§ 212 StGB) oder fahrlässige Tötung (§ 222 StGB).

Verletzung der beruflichen Schweigepflicht

Die Schweigepflicht der Therapeut*innen ist eine essenzielle Berufspflicht. V. a. im therapeutischen Bereich ist der Wille des Patienten, Höchstpersönliches vor Offenbarung durch Dritte zu schützen, ein wesentlicher Bestandteil seines allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 GG).

Strafrechtlich wird die Schweigepflicht der Therapeut*innen durch § 203 StGB abgesichert.

Urkundenfälschung

Die nachträgliche Änderung der Dokumentation, einer Urkunde, stellt jedenfalls dann eine Urkundenfälschung (§ 267 StGB) dar, wenn die Therapeut*innen nicht mehr über die Urkunde verfügen dürfen.

Abrechnungsbetrug

Der immer häufigere [4] Abrechnungsbetrug (§ 267 StGB) kann z. B. begangen werden, wenn nicht oder nicht vollständig erbrachte Leistungen abgerechnet werden, bestimmte Leistungsziffern unzutreffend ausgelegt werden oder nicht indizierte Leistungen erbracht werden. Führt die Tat zu einem Vermögensschaden beim Patienten oder anderen, machen sich Therapeut*innen des Betrugs strafbar.

Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

Gemäß § 299a StGB ist strafbar, wenn den Psychotherapeut*innen Vorteile gewährt bzw. von diesen angenommen oder auch gefordert werden, um Entscheidungen und Behandlungsmaßnahmen zu beeinflussen und so den Wettbewerb zu verzerren.

Die Ermittlungen laufen

Kommt es zu einem Ermittlungsverfahren, sollten Therapeut*innen wachsam, aber nicht panisch reagieren. Es ist wichtig, Ruhe zu bewahren und taktisch richtig vorzugehen.

In Strafsachen im ärztlichen und therapeutischen Bereich ist es oft üblich, polizeiliche „Vorermittlungen“ zu führen [5]. Dabei wird keine konkrete Person beschuldigt, da zunächst geklärt werden soll, ob überhaupt der Verdacht einer Straftat besteht. Liegt ein Verdacht vor, ist v. a. zu Beginn eines Ermittlungsverfahrens häufig keine bestimmte Person beschuldigt – bei arbeitsteiligem Zusammenwirken Mehrerer ist die Frage oftmals schwierig zu beantworten, in welchen Zuständigkeitsbereich der vermeintliche Fehler fällt [5].

Informatorische Befragung

In diesem Zusammenhang ist die „informatorische Befragung“ weit verbreitet [5]. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) vernimmt der Polizeibeamte, der am Tatort Personen befragt, keine Beschuldigten – auch wenn er hofft, bei seiner Tätigkeit neben geeigneten Zeugen den Täter zu finden [6]. Der Polizeibeamte braucht nach Ansicht des BGH dann nicht den Hinweis nach § 136 Abs. 1 S. 2 StPO zu geben, dass es dem Beschuldigten freistehe, sich zu der Beschuldigung zu äußern oder nicht zur Sache auszusagen und jederzeit einen von ihm zu wählenden Verteidiger zu befragen [6]. Bedeutsam ist vielmehr die Stärke des Tatverdachts, den der Polizeibeamte gegenüber dem Befragten hegt. Dieser hat dabei einen Beurteilungsspielraum, den er aber nicht mit dem Ziel missbrauchen darf, den Zeitpunkt der Belehrung nach § 136 Abs. 1 S. 2 StPO möglichst weit hinauszuschieben [6].

Es besteht daher die Gefahr, dass Therapeut*innen gegenüber den Ermittlungsbehörden Auskünfte geben, die anschließend gegen sie verwendet werden (können). Dies sollte unbedingt vermieden werden!

Merke

Stellungnahmen gegenüber den Ermittlungsbehörden sollten nur schriftlich und nach Abstimmung mit einem Rechtsanwalt oder durch diesen erfolgen.

Beschlagnahme von Akten

Neben derartigen „informativischen Befragungen“ bzw. Vernehmungen von Beschuldigten und Zeugen können die Ermittler zur Aufklärung auch Behandlungsunterlagen beschlagnehmen.

Merke

Grundsätzlich können auch Patientenakten beschlagnahmt werden.

Wollen Ermittlungsbehörden Patientenunterlagen beschlagnehmen, ist zu differenzieren:

- Richtet sich das Strafverfahren *nicht* gegen die/den Therapeut*in, unterliegen die Behandlungsunterlagen einem gesetzlichen Beschlagnahmeverbot (§ 97 Abs. 1 StPO).
- Ist die/der Therapeut*in aber Beschuldigte/r des Verfahrens kann eine Beschlagnahme erfolgen (§ 97 Abs. 2 Satz 2 StPO).

Bei der Durchsuchung einer Praxis mit Durchsuchungsbeschluss eines Gerichts können grundsätzlich alle den Patienten betreffenden Unterlagen und Gegenstände beschlagnahmt werden. Der Behandelnde ist gemäß § 630f Abs. 2 BGB verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen. Dazu zählen die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen; Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

Mit der beschlagnahmten Patientenakte gelangen also alle relevanten Informationen in die Hand der Ermittlungsbehörden.

Dann sind Therapeut*innen aber berechtigt, sich gegenüber den Strafverfolgungsbehörden zum strafrechtlichen Vorwurf zu äußern. Die Schweigepflicht kann zurücktreten, wenn Therapeut*innen ihre eigenen berechtigten Interessen nur unter Offen-

barung schweigepflichtiger Informationen wahrnehmen können. Dies kommt insbesondere in Betracht, wenn Therapeut*innen sich gegen Strafverfolgungsmaßnahmen nur durch Offenbarung von Patientengeheimnissen effektiv verteidigen können [7].

Merke

Zur Wahrung ihrer berechtigten Interessen dürfen Therapeut*innen grundsätzlich die Schweigepflicht brechen.

Aussagen vor Gericht

„Nemo tenetur se ipsum accusare“: Keiner muss sich selbst anklagen. Insofern ist § 630c Abs. 2 Satz 2 BGB einschränkend auszulegen: Es besteht keine Verpflichtung der Therapeut*innen zur Selbstbelastung oder gar Selbstanzeige! Demnach können Therapeut*innen die Aussage verweigern, wenn sie sich ansonsten der Gefahr einer strafrechtlichen Verfolgung bzw. Verurteilung aussetzen würden.

Was tun, wenn Ermittlungen laufen?

Zu empfehlen ist, so früh wie möglich einen Rechtsanwalt einzuschalten und keine Äußerung ohne diesen und ohne Akteneinsicht zu tätigen. Empfohlen wird auch dringend, sich als Therapeut*in, wenn überhaupt, nur schriftlich zu äußern. Therapeut*innen sollten sich frühzeitig Kopien der Behandlungsunterlagen anfertigen, da diese oft von den Ermittlern beschlagnahmt werden und dann (zeitweise) den Therapeut*innen nicht zur Verfügung stehen oder es sehr aufwendig sein kann, die Unterlagen später einzusehen.

Und: Ruhe bewahren – dann ist auch ein unschöner Kontakt mit den Ermittlungsbehörden in den Griff zu bekommen.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Jörg Bossenmayer

ist seit 2000 zugelassener Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Fachanwalt für Verwaltungsrecht sowie Partner der Kanzlei HGP.

Seine Tätigkeitsschwerpunkte

sind u. a. das Arzthaftungsrecht, Arztstrafrecht und das (zahn-) ärztliche Vertragsrecht sowie das Vertrags- (zahn-) arztrecht (Kassenarztrecht). Er ist zudem als Referent von Vorträgen, Seminaren und Fortbildungsveranstaltungen und als Autor tätig.

Korrespondenzadresse

Jörg Bossenmayer

Kanzlei Hartmann, Gallus und Partner
Hummelbergstr. 7
70195 Stuttgart
info@kanzlei-hgp.de

Literatur

- [1] Ratzel R, Luxenburger B., Hrsg. Handbuch Medizinrecht. 4. Aufl. Heidelberg: C. F. Müller GmbH; 2021. S. 1008
- [2] BGH, Urteil vom 10.03.1987 – VI ZR 88/86 –; BGH, Urteil vom 19.04.2000, 3 StR 442/99
- [3] OLG Stuttgart, Urteil vom 22.02.2001, 14 U 62/2000
- [4] Ratzel R, Luxenburger B., Hrsg. Handbuch Medizinrecht. 4. Aufl. Heidelberg: C. F. Müller GmbH; 2021. S. 1063
- [5] Ratzel R, Luxenburger B., Hrsg. Handbuch Medizinrecht. 4. Aufl. Heidelberg: C. F. Müller GmbH; 2021. S. 1085
- [6] BGH, Beschluss vom 27.02.1992, 5 StR 190/91
- [7] Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Deutsches Ärzteblatt, S. A6, DOI: 10.3238/arztebl.2021.ds02

Bibliografie

PiD - Psychotherapie im Dialog 2022; 23: 10–11
DOI 10.1055/a-1686-1456
ISSN 1438-7026
© 2022. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany