



Bindung



Therapiebeziehung

Ist sie eine Bindungsbeziehung?

Seite 32

Mentalisierung

Wie hängt sie mit Bindungserfahrungen zusammen?

Seite 54

Psychobiologie

Wie Bindung die Gesundheit beeinflusst

Seite 82

Gelöste Menschen haben die besten Bindungen

© Almut Adler (*1951), Fotografin, Autorin, Lyrikerin und Aphoristikerin,
www.almut-adler.de

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,



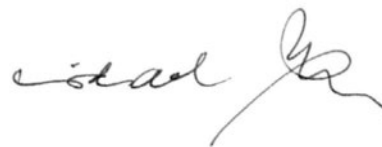
Dr. phil. Michael Broda,
Dipl.-Psych.
Schriftleitung PiD

manchmal tut es gut, Resonanz auf das zu bekommen, was wir in den Heftplanungen und in der Autorenakquise überlegen. So hat der Beitrag von Ulrich Wilms im Heft „Arbeitswelt & psychische Störung“ (Ausgabe 2/2016) über den „Arbeitsplatz“ Leistungssport für hohe Aufmerksamkeit gesorgt: Paul Biedermann, Weltrekordhalter über 200 m Freistil, fand den Beitrag so gut, dass er ihn auf seiner Facebook-Seite verlinken wollte. Eine schöne und prominente Rückmeldung zu einem wichtigen Thema!

Schön ist auch, dass wir im neuen Heft ein Thema behandeln, das lange ausschließlich in der tiefenpsychologisch-analytischen Szene verankert war. Dass wir uns heute alle mit Bindung beschäftigen, ist ein Zeichen zunehmender gegenseitiger Wahrnehmung und Wertschätzung – ein Anspruch, den unsere Zeitschrift seit Beginn verfolgt und der somit zu unserem Markenkern gehört.

Wir wünschen Ihnen gewinnbringende Lektüre!

Ihr



Michael Broda

Herausbergremium



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. Seit 2013 ist sie Präsidentin der European Family Therapy Association (EFTA).



Dr. phil. Michael Broda, Dipl.-Psych. (*1952)
Schriftleitung

ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie. Nach universitärer Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Rehabilitationspsychologie war er leitend in einer psychosomatischen Fachklinik tätig. Seit 1997 arbeitet er niedergelassen in eigener Praxis in Dahn. Er ist Mitherausgeber der Lehrbücher „Praxis der Psychotherapie“ (mit W. Senf) und „Technik der Psychotherapie“ (mit W. Senf und B. Wilms) sowie Fachgutachter Verhaltenstherapie (KBV).



Prof. Dr. 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 der Universität 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 und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät Homburg/Saar und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR).



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

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



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-Greife, Dipl.-Psych. (*1964)

ist Psychologische Psychotherapeutin (Psychoanalyse, Tiefenpsychologie), Paar- und Familientherapeutin und hat den Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der MSH Medical School Hamburg, University of Applied Sciences and Medical University, inne. Sie leitet die Forschungsgruppe für Psychotherapie- und Familienforschung am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik. Außerdem ist sie als Dozentin und Supervisorin an mehreren Ausbildungsinstituten tätig.



Dr. med. Bettina Wilms (*1964)

ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie). Nach 11-jähriger Chefärztztätigkeit am Südharz Klinikum Nordhausen ist sie seit Februar 2016 Chefarztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie 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)
Leitung des Redaktionsbüros

ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Supervisorin, Lehrtherapeutin und Dozentin an Weiterbildungsinstituten. Nach wissenschaftlicher Mitarbeit an den Universitäten Freiburg (Rehabilitationspsychologie) und Bochum (Medizinische Psychologie) war sie als Leitende Psychologin an onkologischen, kardiologischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken tätig. Seit 1997 arbeitet sie niedergelassen in eigener Praxis in Dahn.

Gründungsherausgeber

Wolfgang Senf, Essen
Michael Broda, Dahn
Steffen Fliegel, Münster
Arist von Schlippe, Witten
Ulrich Streeck, Göttingen
Jochen Schweitzer, Heidelberg

Leserbeirat

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

Beirat

Cord Benecke, Kassel
Ulrike Borst, Zürich
Michael Brünger, Klingenmünster
Manfred Cierpka, Heidelberg
Stephan Doering, Wien
Ulrike Ehlert, Zürich
Michael Geyer, Erfurt
Sabine Hertz, 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 Schüsler, Innsbruck
Bernhard Strauß, Jena
Kirsten von Sydow, Berlin
Kerstin Weidner, Dresden
Ulrike Willutzki, Witten/Herdecke

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

Inhalt

3 • 2016



Leserbriefe

- 6 Psychische Erkrankungen im Leistungssport –
Eine psychoanalytische Betrachtung

Für Sie gelesen

- 8 Depression –
Beeinflusst das Arbeitsbündnis das Therapieergebnis?
- 9 Selbstfokussierte Aufmerksamkeit –
Häufige Verwendung von „mir“ / „mich“ und „mein“
sagt depressive Episoden voraus
- 10 Effektivität von Psychotherapeuten –
Einmal gut – immer gut?
- 11 Evidence Based Therapy Relationship (EBR) –
Unbewusstes Priming verbessert die therapeutische
Beziehung

Alles was Recht ist

- 12 Dokumentation von A bis Z –
So gelingt sie rechtssicher



Bindung

Die Bindungstheorie von John Bowlby stammt aus der Mitte des vergangenen Jahrhunderts – ein alter Hut also, ohne klinische Relevanz? Mitnichten: Die moderne Bindungsforschung zeigt zweifelsfrei, wie bedeutsam Bindungsaspekte für die psychotherapeutische Alltagspraxis sind.

Editorial

- 14 Bindung ist mehr ...

Essentials

Standpunkte

- 18 Klinische Bindungsforschung heute –
Eine Übersicht
Bernhard Strauß

Aus der Praxis

- 23 Bindungsstörungen in der frühen Kindheit –
Ein Überblick für die Praxis
Susanne Mudra
- 28 Bindung und Depression –
Einflüsse auf die psychotherapeutische Arbeit
Henning Schauenburg
- 32 Ist die Therapiebeziehung eine Bindungsbeziehung?
Ulrike Dinger
- 36 Therapie im Kontext – Von der professionellen
Beziehungsdyade zur sozialen Einbettung
Silke Birgitta Gahleitner

- 42 Bindungsdiagnostik – Eine komplexe Aufgabe
Johannes C. Ehrental
- 48 Mind and Brain –
Bindungsmuster und bildgebende Verfahren
Anna Buchheim
- 54 Bindung und Mentalisierung
Svenja Taubner
- 60 Bindung in der modernen kognitiven
Verhaltenstherapie
Thomas Schnell
- 66 Der bindungsorientierte narrative Ansatz
in der systemischen Psychotherapie
Arlene Vetere
- 72 Emotionsfokussierte Paartherapie (EFT) –
Die Behandlung von Paaren als Bindungsbeziehungen
Christian Roesler
- 78 Bindungsbasierte Eltern-Kind-Interventionen –
Die „Kreis der Sicherheit“-Therapie
Brigitte Ramsauer, Laura Schellhas

Über den Tellerrand

- 82 Psychobiologie sozialer Nähe – Zusammenhänge
mit Stress und Gesundheit im Entwicklungsverlauf
Anna-Lena Zietlow, Beate Ditzen, Markus Heinrichs
- 86 Bindung in der primärmedizinischen Versorgung –
Ein Schlüssel zu effektiver Arzt-Patienten-Interaktion
Katja Brenk-Franz, Bernhard Strauß
- 91 Sicherheit heilt –
Bindungsaspekte körperlicher Krankheit
Claudia Subic-Wrana

- 94 CME-Fragen



Dialog Links

- 96 Der sichere Hafen – Erkenntnisse aus dem Internet
zum Thema „Bindung“
Johanna Tränkner

Dialog Books

- 100 Bindung – Bücher zum Thema
Ann-Kathrin Fischer

Resümee

- 104 Alter Wein in neuen Schläuchen?

Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 106 Fallbericht Angststörung und Depression –
„Ich habe es häufig selbst geschafft ...“



Sehenswert

- 110 Zeit der Kannibalen –
Wer setzt sich durch im Global Business?

Backflash

- 111 Brexit –
In oder Out oder doch eher Down Under?

- 112 Vorschau

Impressum auf der letzten Seite

Leserbrief zum Beitrag: Wilms U. „Arbeitsplatz“ Leistungssport – Eine vielleicht etwas akzentuierte Sichtweise. PiD 2016; 17 (2): 90–93

Psychische Erkrankungen im Leistungssport

Eine psychoanalytische Betrachtung

Ulrich Wilms fokussiert in seinem Beitrag auf die Beschreibung der „strukturellen Burnout-Rahmenbedingungen“ im Leistungssport und fragt anschließend aus verhaltenstherapeutischer Perspektive, wofür Sportler eine Tätigkeit im Leistungssport ausüben. Als psychologischer Ansprechpartner einer Ambulanz für Leistungssportler, Trainer in der psychiatrischen LWL-Klinik in Dortmund und als Therapeut, der regelmäßig mit Leistungssportlern arbeitet, beschäftigt mich die Frage, wie leistungssportliche Tätigkeiten von Athleten motiviert sind, bereits seit einigen Jahren. Daher möchte ich den Ausführungen von Herrn Wilms eine Betrachtung des „Arbeitsplatzes“ Leistungssport aus psychoanalytischer Perspektive hinzufügen.

Burnout im Leistungssport Habermas hat vor fast 50 Jahren auf den Zusammenhang zwischen Erkenntnis und Interesse hingewiesen. Seine Überlegungen lassen sich auch auf das im Sport derzeit viel diskutierte Thema Burnout anwenden: Eine einseitige Fokussierung auf die strukturellen Burnout-Rahmenbedingungen lässt Leistungssportler leicht als Opfer der systembedingten Umstände erscheinen, da die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung bzw. die Freiheiten des Individuums weitgehend unbedacht bleiben. Will man hingegen sportpolitische und wirtschaftliche Hintergründe verschleiern, wird man das Burnout-Syndrom als persönliches Manko des einzelnen Athleten verstehen (vgl. Heinzel, 2011).

Die Gefahr in der derzeit berufsgruppenübergreifend geführten Burnout-Diskussion im Leistungssport besteht darin, dass ein komplexes Geschehen durch plakative Burnout-Modelle ersetzt wird.

Zusammenhänge mit dem Beziehungsgeschehen Bei fast allen Burnout-Zuständen findet man in die Lebensgeschichte eingewobene Szenen der Selbstüberforderung, z. B. das Streben nach überhöhten Idealen oder Zielen, die mit vorausgehenden Beziehungserfahrungen in Verbindung stehen. Diese lebensgeschichtliche Einbettung und die damit verbundenen Beziehungserfahrungen werden in den Burnout-Modellen so gut wie nie thematisiert (vgl. Schmidtbauer 2011). Solch ein Beziehungsgeschehen, das mit Regelmäßigkeit zu überdauernden Leidenszuständen von Sportlern mit entsprechender klinischer Symptombildung (z. B. Burnout oder Depression) und Hilfeersuchen im psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen System führt (siehe auch Steahle 2007), soll im Folgenden im Vordergrund stehen. Die im o. g. Beitrag skizzierten strukturellen Rahmenbedingungen werden dadurch keinesfalls negiert, sondern vielmehr um folgende Punkte ergänzt:

- ▶ Der Leistungssport stellt eine Zuspitzung unserer Überbietungsgesellschaft dar.
- ▶ Er verfügt über ein großes überkompensatorisches Potenzial zur Erhöhung des Status, der Besonderung und der Macht, da diese Aspekte im Leistungssport zelebriert und ritualisiert werden.
- ▶ Tätigkeiten im Leistungssport bieten die Möglichkeit, das Persönlichkeitsgefühl zu sichern und zu erhöhen, indem man sich objekthaft – in Form gemessener Ergebnisse, Resultate und Bilanzen – seines eigenen Selbsterlebens bzw. seines Selbstwertes versichert. Damit geht aber auch die Gefahr einher, dass bei entsprechender Persönlichkeitsentwicklung das Selbsterleben fragil und brüchig werden kann, etwa wenn entsprechende Leistungen nicht mehr erbracht werden oder die Leistungsgrenze erreicht wird.

Unbewusst sinngeladete Motivationen Meine Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit mit Leistungssportlern lassen mich zu dem Schluss kommen, dass mit dem leistungsorientierten Sporttreiben regelmäßig der Versuch einhergeht, aus Beziehungserfahrungen resultierende Notlagen (z. B. die Nichtbefriedigung früher Bindungsbedürfnisse, die dauerhaft überwältigende Machtausübung von Bezugspersonen, Traumatisierungen oder unverarbeitbare Konflikte) mittels Fokussierung auf Körper und Leistung zu kompensieren (siehe auch Krug 2013, 2016 [in Vorbereitung]). Dabei handelt es sich um einen kreativen Bewältigungsversuch, ein zumeist passiv erlittenes Beziehungsgeschehen oder – im analytischen Wortgebrauch – strukturelles Defizit bzw. einen Grundkonflikt auf einer aktiven, sehr körperbetonten Ebene anzugehen. Dies kann nach außen hin für lange Zeit ohne sichtbare Symptombildung erfolgen.

Das Thema Narzissmus In der aktuellen Forschungsliteratur wird meist von Depressionen oder Burnout im Leistungssport geschrieben. In der therapeutischen Praxis hingegen, so meine Erfahrung, handelt es sich dabei oft um depressive Dekompensationen mit unterschiedlichen Ängsten und Abwehrformen bei kompensatorischer Leistungsbereitschaft in einem partiellen Bereich (dem Leistungssport) auf Basis einer narzisstischen Persönlichkeitsorganisation. Mit Verwunderung stelle ich fest, wie wenig Raum dem Thema des Narzissmus in der Beschäftigung mit dem Phänomen der psychischen Erkrankungen im Leistungssport zuteil wird. Erkenntnis und Interesse?

Leistungssport ist nicht per se problematisch Mir geht es keineswegs darum, Tätigkeiten im Leistungssport zu pathologisieren. Eine Tätigkeit im Leistungssport

ist per se keine Überkompensation. Das leistungsorientierte Sporttreiben wird erst dann problematisch, wenn gravierende unbewusste seelische Notlagen (s.o.) mittels des Leistungssports abgewehrt und überwunden werden sollen. Dann können narzisstische Kränkungen bei individueller und lebensgeschichtlich zu erschließender Kränkbarkeit – z. B. durch Ausbleiben des angestrebten Erfolgs, bei unfreiwilligem Dropout, Verletzungen oder Frustrationen durch Nichtnominierung – Auslöser für Leidenszustände werden, die mit entsprechender Symptombildung einhergehen. Die Psyche des Leistungssportlers ist genauso mit seiner Lebensgeschichte verbunden wie jede andere Psyche. Leistungssportliche Tätigkeiten können, wie auch jede andere Tätigkeit, im Dienste der Abwehr und Überwindung von Notlagen stehen, die aus Beziehungserfahrungen resultieren.

**Michael Krug, Dipl.-Psych.,
Dr. Sportwiss., Sportpsychologe (asp/bdp)**

Hörder Neumarkt 7
44263 Dortmund
michael.krug@rub.de

in Ausbildung in den psychodynamischen Richtlinienverfahren am Alfred Adler Institut Düsseldorf, Angestelltentätigkeit als Psychologe im integrierten Maßregelvollzug, Ansprechpartner einer psychiatrisch-psychologischen Sprechstunde für Sportler und Trainer in der LWL-Klinik Dortmund, freiberufliche Tätigkeit als Sportpsychologe im Leistungssport.

Literatur

- Heinzel R. Burnout in den Zeiten der Globalisierung. In: Langendorf U et al., Hrsg. Jahrbuch für Psychohistorische Forschung 12. Heidelberg: Mattes-Verlag; 2011: 1–22
- Krug M. Psychische Erkrankungen im Leistungssport. Ist Leistungssport prinzipiell Überkompensation? *Psychoanalyse und Körper* 2013; 12: 29–40
- Krug M. Individualpsychologische Überlegungen zu unbewusst sinngeleiteten Motivationen bei dem Phänomen psychischer Erkrankungen im Leistungssport. *Z Individualpsychol* 2016; 41: 160–168
- Krug M. Individualpsychologische Überlegungen und klinische Facetten zur körperlichen Dimension im Leistungssport. In: Geissler P, Rieken B, Hrsg. *Der Körper in der Individualpsychologie*. Gießen: Psychosozial-Verlag [in Vorbereitung]
- Schmidbauer W. Burnout: Depression der Erfolgreichen? Die merkwürdige Karriere eines Begriffs. *Psychotherapeutenjournal* 2011; 10: 354–355
- Stahle A. Kasuistik. Forum: Psychoanalyse bei schweren Persönlichkeitsstörungen. In: Springer A, Münch K, Munz D, Hrsg. *Psychoanalyse heute?! Tagungsband der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie* 2006, 2007; Gießen: Psychosozial-Verlag; 2007: 374–388

Was ist aus psychoanalytischer Perspektive weiterhin zu bedenken?

Dr. Ulrich Wilms, der Autor des Beitrags „Arbeitsplatz Leistungssport – eine vielleicht etwas akzentuierte Sichtweise“, hat mit Dr. Michael Krug, dem Autor des Leserbriefs, gesprochen:

U. Wilms: Herr Krug, herzlichen Dank für Ihre ergänzenden Hinweise aus psychoanalytischer Perspektive zu meinem Beitrag. Wenn Sie erlauben, würde ich gerne einige zusätzliche Fragen zu Risiken der Entwicklung problematischer Motive bei Leistungssportlern stellen: Die – wie wir Verhaltenstherapeuten es betrachten würden – Beziehungsmodelle, die ein Sportler in seiner Jugend und Adoleszenz kennenlernt, können ja sehr eingeschränkt und uniform sein. Welche Risiken sehen Sie aus psychodynamischer Sicht bei sog. „Trainer-Eltern“?

M. Krug: Schwierig wird es, wenn sich Kinder durch Talent, Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit, Koordination und dazugehörigen Leistungen die elterliche Zuwendung sichern müssen – wenn also das elterliche Antlitz nur glänzt, wenn die Kinder im Rampenlicht stehen und Leistung zeigen. In diesen Fällen ist zu reflektieren, inwiefern die Kinder als Selbstobjekte für die Bedürfnisse der Eltern oder ihr eigenes Statusstreben benötigt werden.

U. Wilms: Trainer sind neben den Eltern weitere wichtige Bezugspersonen im Umfeld von Sportlern. Welche Konfliktfelder sind hier aus psychodynamischer Perspektive zu bedenken?

M. Krug: Die Trainer-Athlet-Beziehung ist immer eine Machtbeziehung, in der Sportler vom Wissen und von den Erfahrungen der Trainer profitieren wollen. Trainer bewegen sich permanent in einem Spannungsfeld: Einerseits müssen sie Athleten objektiv, also anhand ihrer Leistungen, Zeiten usw. betrachten, andererseits haben Athleten eine Persönlichkeit. Den verant-



Große Erfolge sind das Ziel aller Leistungssportler – problematisch können die dahinterliegenden Motive sein.

wortungsvollen Umgang damit gilt es regelmäßig zu reflektieren.

U. Wilms: Würden Sie sagen, dass es Persönlichkeitsakzentuierungen gibt, die im Leistungssport sogar tendenziell wichtig bzw. notwendig sind?

M. Krug: Aus psychoanalytischer Perspektive sind ein ausgeprägtes Überlegenheitsstreben bei relativer Selbstsicherheit und stabiler Neigung zur regelmäßigen Überschreitung eigener Grenzen (z. B. Körpergrenzen) wichtig. Auch eine basale Vernachlässigung anderer Lebensmotive (Interessen, Beziehungen) im Sinne einer „produktiven Einseitigkeit“ scheint für zeitlich befristete Karrierefenster erfolgfördernd zu sein.

U. Wilms: Vielen Dank für Ihre ergänzenden Ausführungen!

Lob oder Kritik?

Sie möchten zu einem Artikel aus der PiD Stellung nehmen oder weiterführende Hinweise geben? Wir freuen uns über Ihren Leserbrief und einen lebendigen Dialog in unserer Zeitschrift!

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-109329>

Depression

Beeinflusst das Arbeitsbündnis das Therapieergebnis?

Zwischen Therapeut und Patient sollte „die Chemie stimmen“. Beide gehen bewusst ein „Arbeitsbündnis“ ein, indem sie sich darauf verständigen, dass gemeinsame Ziele und ein freundlicher Umgang miteinander die Grundlage der Therapie bilden. Wurde dieses Arbeitsbündnis bisher eher als Rahmen betrachtet, so rückt es nun stärker in den Fokus der Forschung. Die schwedischen Wissenschaftler F. Falkenström und Kollegen haben nun in einer Studie untersucht, ob und wie sich das Arbeitsbündnis auf depressive Symptome auswirkt.

Die Forscher randomisierten 84 Patienten mit der Diagnose „Depression“ auf eine IPT (Interpersonelle Psychotherapie)- und eine CBT (Kognitive Verhaltenstherapie)-Gruppe: 43 erhielten eine CBT, 41 eine IPT. 31 % der Patienten waren Männer, 69 % Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 33,8 Jahre (SD = 10,8 Jahre). Die Patienten nahmen an durchschnittlich 13,5 Sitzungen teil (Standardabweichung [SD] = 2,0).

Die durchschnittliche Schwere der Depression vor der Therapie betrug gemäß Beck-Depressions-Inventar II (BDI-II) 36,0 (SD = 9,4), was einer schweren Depression entspricht. Am Ende der Behandlung waren die BDI-II-Scores auf durchschnittlich 24,1 gefallen (SD = 15,7), was nur noch einer moderaten Depression entspricht. Patienten der IPT-Gruppe profitierten dabei stärker als die Patienten der CBT-Gruppe: Die Scores verbesserten sich durchschnittlich um 13,7 Punkte (Cohen's $d = 1,46$) bzw. um 10,2 Punkte ($d = 1,09$).

Als Messinstrumente für das Arbeitsbündnis nutzten die Autoren das Working Alliance Inventory – Short Form Revised (WAI-SR) sowie das Working Alliance Inventory – Short Form (WAI-S). Die

Arbeitsbündnisse wurden mit durchschnittlich über 5 Punkten bewertet, was bedeutet, dass entweder der Patient oder der Therapeut das Arbeitsbündnis für „oft gut“ hielten. Zu Beginn der Therapie lagen die Arbeitsbündnis-Einschätzungen etwas niedriger (WAI-SR $M = 4,28$, $SD = 1,29$, WAI-S $M = 4,55$, $SD = 0,97$). Bis zur 14. Sitzung hatte sich das Arbeitsbündnis um durchschnittlich 1,5 Punkte gemäß WAI-SR ($M = 5,81$, $SD = 1,01$) und um einen Punkt im WAI-S ($M = 5,61$, $SD = 0,78$) verbessert. WAI-SR und WAI-S korrelierten mäßig bis stark.

Gutes Arbeitsbündnis reduziert depressive Symptome

Über die Zeit gesehen konnten die Wissenschaftler beobachten, dass eine stabile Verbesserung des Arbeitsbündnisses um einen Punkt auf der WAI-SR-Skala eine Symptomreduktion von insgesamt 8,74 Punkten auf der BDI-II-Skala zur Folge hatte. Verbesserte sich die Allianz in einer speziellen Sitzung im Vergleich zur vorherigen Sitzung um einen Punkt, nahmen die Symptome um durchschnittlich 4,35 (Patientenbewertung der Allianz) bzw. 4,92 Punkte

(Therapeutenbewertung) ab. Es gab keine Hinweise darauf, dass die Allianz in der IPT wichtiger gewesen wäre als in der CBT.

Die Autoren fragten sich, wie es sein kann, dass die Symptome von einer zur nächsten Sitzung so deutlich zurückgehen. Sie erklären es sich so, dass die bisherigen negativen Erwartungen des Patienten nicht erfüllt werden: Patienten, die aus maladaptiven Beziehungen kommen, können direkt in der Therapiesitzung erfahren, dass der Therapeut den Patienten versteht und flexibel ist. Durch diese korrigierende emotionale Erfahrung gehe es dem Patienten in der nächsten Stunde besser, so die Vermutung der Autoren.

Fazit

Ein gutes Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Patient hat anscheinend einen direkten Effekt auf die Symptome des Patienten: Verbesserte sich das Arbeitsbündnis um einen Punkt, so nahmen die depressiven Symptome um 8,74 Punkte gemäß BDI-II-Skala ab. Die Autoren halten es daher für sinnvoll, dass die Qualität des Arbeitsbündnisses zusätzlich zu anderen Faktoren in jeder Sitzung dokumentiert wird.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

Literatur

Falkenström F, Ekeblad A, Holmqvist R. Improvement of the Working Alliance in One Treatment Session Predicts Improvement of Depressive Symptoms by the Next Session. *J consult Clin Psychol* 2016 May 23

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-109327>

Selbstfokussierte Aufmerksamkeit

Häufige Verwendung von „mir“/„mich“ und „mein“ sagt depressive Episoden voraus



Bildnachweis: Wordle™

Erhöhte selbstfokussierte Aufmerksamkeit ist verschiedenen Theorien und empirischen Studien zufolge ein Risikofaktor für Depressionen. Auch Grübeln kann Ausdruck der gesteigerten Beschäftigung mit dem Selbst sein. Experimentelle Studien legen nahe, dass der Grad der Aufmerksamkeit für das Ich mit dem Gebrauch der ersten Person in der gesprochenen und geschriebenen Sprache korreliert. Diesen Zusammenhang machte sich eine deutsche Forschergruppe zunutze.

Wie misst man selbstfokussierte Aufmerksamkeit? Oft wird eine Selbsteinschätzung der Studienteilnehmer verwendet, manchmal sollen sie auch vorgegebene Satzanfänge vervollständigen. Die Autoren um J. Zimmermann haben sich für ein anderes Verfahren entschieden: Sie haben ausgezählt, wie häufig die Teilnehmer in Interviews die Worte „ich“, „mir“/„mich“ und „mein“ verwenden.

29 stationär behandelte Patientinnen und Patienten nahmen an der Studie teil. Die Hypothesen des Forschungsteams:

1. Der Gebrauch der 1. Person Singular korreliert mit depressiven Symptomen.
2. Er sagt voraus, ob beim Follow-up mehr depressive Symptome vorhanden sind als zu Beginn der Studie.

Prognostischer Wert belegt

Die 1. Hypothese ließ sich nicht bestätigen: Wer häufig „ich“ sagte, war nicht depressiver als der Rest der Studienteilnehmer. Vielleicht sind Power und Präzision der Erhebung nicht hoch genug, vermuten die Autoren – ein Zusammenhang könne trotzdem bestehen. Die 2. Hypothese hielt der Überprüfung stand: Bei Testpersonen, die häufiger das 1. Personalpronomen Singular verwendeten, bestanden 8 Monate später deutlich öfter stärkere depressive Symptome als zuvor. In der genaueren Analyse zeigte sich, dass v.a. die Verwendung der Worte „mir“/„mich“ und „mein“ den statistischen Zusammenhang begründen.

Die Studie belegt erstmals einen prognostischen Wert der Verwendung des 1. Personalpronoms: Wird es häufiger verwendet, ist die Wahrscheinlichkeit für eine Verschlechterung der depressiven Symptome höher. Das Forschungsteam wertet dies als Bestätigung der Annahme, dass eine gesteigerte Beschäftigung mit dem Selbst ein Risikofaktor für einen ungünstigen Verlauf einer Depression oder gar eine Chronifizierung der Symptome ist. Eine weitere interessante Beobachtung: Frauen verwenden häufiger die 1. Person – und sind häufiger von Depressionen betroffen.

Fazit

Psychologische und auch pharmakologische Interventionen, die Grübeln vermindern, wirken sich möglicherweise (auch) auf den Sprachgebrauch aus. Hier liegt vielleicht der Schlüssel zum Erfolg sprachorientierter Therapieverfahren, wie narrativer Psychotherapie und therapeutischem Schreiben. Das Autorenteam setzt darauf, dass mobile Geräte künftig den Sprachgebrauch analysieren und so Verlaufsanalysen möglich machen könnten. Unabhängig davon betont das Ergebnis der Studie die Bedeutung der selbstfokussierten Aufmerksamkeit bei der Entstehung und Behandlung von Depressionen.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Literatur

Zimmermann J, Brockmeyer T, Hunn M, Schauenburg H, Wolf M. First-person pronoun use in spoken language as a predictor of future depressive symptoms: Preliminary evidence from a clinical sample of depressed patients. *Clin Psychol Psychother* 2016; doi: 10.1002/cpp.2006 [Epub ahead of print]

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-109324>

Effektivität von Psychotherapeuten

Einmal gut – immer gut?

Ob eine Psychotherapie effektiv ist, hängt nicht nur von den angewandten Methoden, sondern auch von der Person des Therapeuten ab. US-amerikanische Forscher um D. R. Kraus sind der Frage nachgegangen, ob sich zukünftige Therapieergebnisse eines Therapeuten anhand der Erfolge bereits abgeschlossener Therapien voraussagen lassen.

Die Wissenschaftler nahmen 12 Outcome-Domänen in den Blick (Treatment Outcome Package [TOP] nach Kraus, Seligman & Jordan, 2005): sexuelle Funktion, Arbeitsfähigkeit, Gewaltbereitschaft, soziales Funktionieren, Panik / Ängstlichkeit, Substanzabhängigkeit, Psychose, Lebensqualität, Schlaf, Suizidalität, Depression und Manie. Die Studie bezog 59 Therapeuten ein, die jeweils mindestens 60 Patienten behandelten.

Zum Therapiebeginn füllten die Patienten die TOP-Fragebögen aus, ebenso zum Follow-up zwischen 30 und 180 Tagen nach Therapiebeginn. Die Forscher analysierten das Outcome der ersten 30 Patienten jedes Therapeuten. Sie ermittelten dabei die relative Effektivität des Therapeuten in Bezug auf die 12 TOP-Domänen. Die Ergebnisse verglichen die Forscher mit den Ergebnissen bei den nächsten 30 Patienten desselben Therapeuten. Erzielte der Therapeut ein besseres Outcome als es nach der Risikoanpassung für den Patienten zu erwarten gewesen wäre, wurde dies als „positiver Therapeuten-effekt“ gewertet. Erreichte der Therapeut ein Ergebnis, das unter dem Vorhersagewert lag, wurde dies als „negativer Effekt“ gewertet.

Die Forscher analysierten die Daten von 3540 Patienten. 55% der Patienten waren weiblich. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 38,1 Jahre (Standardabweichung [SD]=12,2 Jahre). 62% der Patienten kamen

aus Haushalten mit geringem Einkommen (20000 US\$ oder weniger).

Auch bei den Therapeuten waren die Frauen stärker vertreten (59%). Das durchschnittliche Alter der Therapeuten lag bei 33,25 Jahren (SD = 10,7). Die Therapeuten hatten durchschnittlich 10,2 Jahre Berufserfahrung (SD = 7,5). 46% waren Sozialarbeiter, 26% Berater für psychische Gesundheit, 20% Psychologen, 5% auf Drogen- und Alkoholmissbrauch spezialisierte Berater; die übrigen Therapeuten kamen aus anderen Gebieten, 3% der Therapeuten waren Psychiater.

Vorhersagekraft domänenspezifisch

Es zeigte sich: Die Effektivität der Therapeuten war relativ stabil, wenn auch domänenspezifisch. Die Therapeuten, die nach den ersten 30 Behandlungen als „außergewöhnlich gut“ eingestuft wurden, erreichten auch in den nachfolgenden Behandlungen außergewöhnlich gute Ergebnisse. Besonders akkurat waren die Vorhersagen für den Bereich „Substanzmissbrauch“. Auch die Vorhersagen für die Depressionsbehandlung und die Veränderung der Lebensqualität konnten mit hoher Genauigkeit getroffen werden. Am wenigsten genau konnten die Effekte auf die Manie vorhergesagt werden.

Offen bleibt die Frage, ob die Ergebnisse auf die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland übertragbar sind, da sich deren Ausbildung deutlich von jener der Studienteilnehmer unterscheidet.

Fazit

Die Therapeuteneffektivität in der Vergangenheit ist ein wichtiger Prädiktor für die zukünftige Effektivität. Die Autoren gehen davon aus, dass Psychotherapieergebnisse weiter verbessert werden könnten, wenn ein Modell entwickelt werden könnte, das den Patienten zu den für sie passenden Therapeuten weiterleitet.

Dr. Dunja Voos, Pulheim

Literatur

Kraus DR et al. Predicting therapist effectiveness from their own practice-based evidence. *J Consult Clin Psychol* 2016; 84: 473–483

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-109326>

Interessante Studie gelesen?

Haben Sie in den letzten 3 Monaten eine aktuelle Studie gelesen, die auch für Ihre Kollegen interessant sein könnte? Dann schicken Sie uns gerne einen Hinweis an pid@thieme.de, und wir stellen die Studie in einem der nächsten Hefte in dieser Rubrik vor. Wir freuen uns auf Ihre Tipps!

Evidence Based Therapy Relationship (EBR)

Unbewusstes Priming verbessert die therapeutische Beziehung



Erhebungen zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen einer starken therapeutischen Beziehung und dem Erfolg einer Psychotherapie. Um herauszufinden, was Henne und was Ei ist, bräuchte man eigentlich randomisierte Studien, in denen Patienten per Losverfahren verschiedenen Therapeuten zugeordnet werden – praktisch schwierig, ethisch bedenklich. US-Psychologen haben deshalb einen alternativen Ansatz verfolgt: Wäre es nicht möglich, bei Personen, die eine Therapie aufnehmen, durch Priming die Wahrnehmung des Gegenübers zu beeinflussen?

Priming oder Bahnung beschreibt die Beeinflussung des Denkens durch vorangegangene Reize – i. d. R. geschieht das unbewusst. M. H. Marchese et al. verwendeten ein simples Logo, um die Teilnehmer ihrer Studie zu beeinflussen: In einem Fall deuten 2 Personen in dieselbe Richtung, im anderen schauen sie voneinander weg. Den Testpersonen (26 Studierenden) wurde gesagt, bei der Studie gehe es um Rollentechniken in der Ausbildung künftiger Therapeuten. Auf einem Bogen, der vor dem Testgespräch ausgefüllt werden sollte, sahen sie dann entweder das eine oder das andere Logo.

Priming beeinflusst Noten für Therapeuten

Das Ergebnis war eindeutig: Wer vor dem Gespräch das Logo gesehen hatte, auf der 2 Personen in dieselbe Richtung weisen, gab dem Testtherapeuten bessere Noten für Empathie und Kongruenz, sprach länger mit ihm und schätzte einen späteren Therapieerfolg als wahrscheinlicher ein. Auch die anderen Aspekte, die im Konzept der Evidence Based Therapy Relationship (EBR) neben Empathie und Kongruenz als Komponenten einer guten therapeutischen

Beziehung gelten, wurden von den Testpersonen dieser Gruppe signifikant höher eingeschätzt: die Einigkeit über Therapieziele, die Zusammenarbeit und die Authentizität.

Keine der Testpersonen war sich der Manipulation bewusst, bis sie nach Ende der Evaluation hierüber aufgeklärt wurden. Ob solch ein unbewusstes Priming auch im therapeutischen Alltag funktioniert und welche Folgen das für den Therapieverlauf haben kann, muss noch untersucht werden. Die Ergebnisse dieser Studie lassen aber einen messbaren Effekt auch in der Praxis vermuten. Vorausgesetzt, die Ergebnisse sind reproduzierbar, wurde hier für die Forschung eine neue Methode erschlossen, die therapeutische Beziehung genauer zu untersuchen.

Fazit

Geht man davon aus, dass die therapeutische Beziehung (mit-)entscheidend für den Erfolg einer Psychotherapie ist, könnten simple Priming-Reize wie die hier verwendeten Logos in der therapeutischen Praxis eingesetzt werden, um ein frühes Bündnis zwischen Therapeut und Patient zu fördern. Therapiepatienten werden mit zahlreichen Bildern konfrontiert – etwa in Broschüren, Info-Flyern und Wandbildern. Diese Bilder könnten genutzt werden, um positive Beziehungsattribute zu symbolisieren.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Literatur

Marchese MH, Robbins SJ, Morrow MT. Nonconscious priming enhances the therapy relationship: An experimental analog study. *Psychother Res* 2016 Mar 24: 1–9 [Epub ahead of print]

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-109325>