

## Achtsamkeit & Selbstfürsorge



**Achtsamkeitspraxis**  
*Ihre Bedeutung für die  
Psychotherapie*

Seite 18

**Selbstfürsorge**  
*Was hindert uns daran und  
wie lässt sie sich fördern?*

Seite 24

**Entschleunigtes Atmen**  
*Kleinster gemeinsamer Nenner  
der Entspannungstechniken*

Seite 63

## Wie soll man zu sich finden, wenn man zerstreut ist?

Klaus Klages (\*1938)

Editorial

### Liebe Leserinnen, liebe Leser,



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

Neulich berichtete mir eine Kollegin folgende kleine Geschichte: Sie saß am Computer und stellte für ein Achtsamkeitsseminar einen Text zusammen. Ihre heranwachsende Tochter blickte ihr über die Schulter und kommentierte: „Achtsam duschen, das Wasser auf der Haut und die Seife spüren – ich habe gedacht, Du bereitest ein Seminar für Therapeuten vor und keinen Kurs über Körperpflege!“

Wahrscheinlich geraten uns durch die Konzentration auf unsere hochkomplexe wissenschaftliche Welt die einfachen, banalen Wahrnehmungen im Alltag aus den Augen. Dann braucht es erst wieder eine neue wissenschaftliche „Welle“ (die wievielte auch immer), die so grundlegende Erfahrungen in unseren sinnlichen Fokus spült und zu Erstaunen führt, wie gut sich meditative oder achtsame Tätigkeiten anfühlen können.

So wünsche ich Ihnen eine achtsame Lektüre mit viel Gewinn für Ihre Patientinnen und Patienten – und auch für Sie selbst!

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.



**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 arbeitet als Forschungsgruppenleiter und Dozent an den Universitäten Zürich und Bern mit Schwerpunkt in klinischer Interventionspsychologie/ Psychotherapie.



**Prof. Dr. med. Volker Köllner (\*1960)**

ist Facharzt für Psychosomatische Medizin. Er war u. a. Oberarzt am Universitätsklinikum Dresden und Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin in Blieskastel. Seit 2015 ist er Chefarzt der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik und ärztlicher Direktor am Rehazentrum Seehof der DRV in Teltow bei Berlin. Er ist Professor für Psychosomatische Medizin an der Medizinischen Fakultät Homburg/Saar und Lehrbeauftragter der Universitätsmedizin Charité, Berlin. Wissenschaftlich ist er in der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation der Charité aktiv.



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

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



**Dr. phil. Barbara Stein, Dipl.-Psych. (\*1960)**

ist Psychologische Psychotherapeutin und seit 2005 Leitende Psychologin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg/Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU). Ihre Schwerpunkte sind tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, Paar- und Familientherapie, psychologische Beratung und Behandlung von körperlich Kranken, Supervision sowie Fort- und Weiterbildungstätigkeit.



**Prof. Dr. rer. nat. Silke Wiegand-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 Chefarztstätigkeit 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

## 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

## 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

# Inhalt

## 4 • 2017



Quelle: PhotoAlto

### Für Sie gelesen

- 6** Unipolare Depression –  
Dosiserhöhung bei Non-Respondern ohne Benefit
- 8** Akzeptanz- und Commitment-Therapie –  
Wertorientiertes Handeln verringert Patientenleid –  
nicht umgekehrt
- 9** Soziale Angststörung –  
Manualisierte Therapie effektiver als  
Standardverfahren?
- 10** Körperbild bei Magersucht –  
Wahrnehmung ist nicht gestört

### Therapiemethoden kompakt

- 12** Lösungsorientierte Techniken –  
Die Wunder- oder 5-Jahres-Frage

**Titelbild:** Quelle: Lisa Grub, Saarbrücken



## Achtsamkeit & Selbstfürsorge

Achtsamkeit ist „in“ und in aller Munde – aber nicht nur das: Sie ist zu Teilen in fast allen etablierten Psychotherapien enthalten, und achtsamkeitsbasierte Therapien erhalten zunehmend wissenschaftliche Rückendeckung. PiD liefert dazu wichtige Hintergründe und stellt praktische Interventionen und Herangehensweisen vor. Und wie hängen die Themen Achtsamkeit und Selbstfürsorge zusammen? Auch auf diese Frage finden sich Antworten in dieser PiD-Ausgabe.

### Editorial

- 14** Von der Profession zur Konfession?

### Essentials

#### Standpunkte

- 18** Achtsamkeitspraxis und ihre Bedeutung in  
der Psychotherapie – Eine Übersicht  
*Michalak J, Weidenfeller S, Heidenreich T*
- 24** Selbstfürsorge – Was hindert uns daran und wie  
lässt sie sich fördern?  
*Friederike Potreck-Rose*
- 31** Achtsam nach Achtsamkeit fragen –  
Fragebogen für Klinik und Forschung  
*Zeno Kupper, Claudia Bergomi*

#### Aus der Praxis

- 36** Bewegung als Weg zur Achtsamkeit und  
Selbstfürsorge  
*Gerhard Huber*
- 40** Meditative Bewegungstherapien als  
Behandlungsoption bei psychischen Störungen  
*Dorit Schröder, Holger Cramer, Jost Langhorst*

- 44 Achtsamkeit – Basis einer guten Traumatherapie  
*Ulrike Anderssen-Reuster, Horst Schulze*
- 49 Achtsamkeit in der Schmerztherapie  
*Anke Diezemann*
- 53 Selbstfürsorge im Alter  
*Barbara Rabaioli-Fischer, Sebastian Handke, Simon Forstmeier*
- 58 Leben braucht Bewegung – Durch achtsamen Körpereinsatz funktionell entspannen  
*Beate Leinberger, Dieter Schwibach*
- 63 Entschleunigtes Atmen – Der kleinste gemeinsame Nenner der Entspannungstechniken  
*Thomas H. Loew, Beate Leinberger, Thilo Hinterberger*
- 68 Die PrOMET-Studie – Achtsamkeitsübungen in Ausbildungstherapien  
*Johannes Mander, Paula Kröger, Paul Blanck*
- 73 Selbstmitgefühl und Depression – Zusammenhänge und Interventionen  
*Tobias Krieger, Eveline Frischknecht*
- 78 Achtsamkeit in der psychodynamischen Therapie  
*Kai Rugenstein, Antje Gumz*
- 83 Systemische Aspekte der Achtsamkeit  
*Corina Aguilar-Raab*
- 90 Selbstfürsorge für Psychotherapeuten  
*Eva Maria Meiser-Storck*



94 CME-Fragen

### Über den Tellerrand

- 96 Gebet und Achtsamkeit  
*Anna Gamma*
- 99 Gibt es eine Neuropsychologie der Achtsamkeit und Selbstfürsorge?  
*Martin Meyer, Tobias Kleinjung*
- 103 Spirituell und therapeutisch kodierte Achtsamkeitspraxis  
*Simon Peng-Keller*

### Dialog Links

- 106 Achtsamkeit im Internet – Ein großer Basar  
*Christine Wolfer*

### Dialog Books

- 108 *Silke Seelos*

### Resümee

- 112 Hier kommt zusammen, was zusammen gehört

### Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 114 Fallbericht rezidivierende depressive Störung und psychische Faktoren bei Tako-Tsubo-Kardiomyopathie – „Ich habe schnell ein schlechtes Gewissen ...“



### Lesenswert

- 118 Boualem Sansal: 2084 – Das Ende der Welt – Wem du die Erinnerung nimmst und die Bücher, dem nimmst du das Leben

### Backflash

- 119 Kongresstourismus
- 120 Vorschau

Impressum auf der letzten Seite

# Unipolare Depression

## Dosiserhöhung bei Non-Respondern ohne Benefit

*Eine Dosiserhöhung von Antidepressiva bei Non-Respondern mit unipolarer Depression ist der Fortführung mit der Standarddosis nicht überlegen. Zu diesem Ergebnis kommen Dold und Kollegen in ihrer Meta-Analyse auf Basis von 7 randomisierten Studien mit insgesamt 1208 Patienten. Es kamen 4 verschiedene Antidepressiva zum Einsatz, als primärer Endpunkt diente die durchschnittliche Verbesserung der Symptomatik, gemessen mit der Hamilton Depressionsskala (HAM-D).*



Etwa 60% aller erwachsenen Patienten mit unipolarer Depression sprechen nicht auf eine medikamentöse Behandlung mit gängigen Antidepressiva an und werden als Non-Responder bezeichnet. Neben dem Wechsel des Antidepressivums, der Ergänzung um ein zweites Präparat oder der zusätzlichen Gabe eines Antipsychotikums zählt die Dosiserhöhung zu den häufigsten Strategien im Umgang mit Therapieversagen.

Ob diese Option einer Weiterbehandlung mit der Standarddosis hinsichtlich der Sym-

ptombelastung überlegen ist, haben nun Dold und Kollegen in einer Meta-Analyse anhand von 7 doppelblinden randomisierten und kontrollierten Studien untersucht. In diesen klinischen Studien mit insgesamt 1208 erwachsenen Patienten mit der Diagnose einer unipolaren Depression kamen als Antidepressiva Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin oder Maprotilin zum Einsatz. Alle Studien umfassten 2 Untersuchungsphasen:

- ▶ Phase 1: Alle Patienten erhielten das jeweilige Antidepressivum in der Standarddosis.
- ▶ Phase 2: Alle Non-Responder wurden in 2 Gruppen geteilt. Patienten der Interventionsgruppe erhielten eine Dosiserhöhung, Patienten der Kontrollgruppe blieben bei der anfänglichen Standarddosis.

Primärer Endpunkt war die durchschnittliche Veränderung der Symptomschwere, gemessen mit der Hamilton-Depressionsskala (HAM-D) vor der Randomisierung und nach Ende der Phase 2. Als sekundäre Endpunkte dienten der Therapieabbruch aufgrund von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, die Responder-Raten in Phase 2 sowie Therapieunterbrechungen aus verschiedenen Gründen. Die Autoren berechneten als zentrale Effektgröße Hedges  $g$ . In einer zusätzlichen Meta-Regression analysierten sie ferner den Einfluss von Moderator-Variablen, beispielsweise dem Ausmaß der Dosiserhöhung.

### Symptomschwere geht nicht zurück

Eine Dosiserhöhung bei Non-Respondern wirkte sich nicht bedeutsam auf die Veränderung der Symptomschwere auf der HAM-D aus. Mit einer Ausnahme ergaben sich in der Meta-Analyse auch keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der sekundären Endpunkte wie der Responder-Rate in Phase 2 oder der Anzahl von Unterbrechungen. Lediglich Therapieabbrüche aufgrund von unerwünschten Arzneimittelwirkungen kamen in der Patientengruppe mit Dosiserhöhung deutlich häufiger vor. In der Meta-Regression zeigten sich keine Hinweise auf den Einfluss von Moderatoren.

#### Fazit

Eine Dosiserhöhung von Antidepressiva bei erwachsenen Non-Respondern mit unipolarer Depression wirkt sich im Vergleich zur Fortführung der Standardtherapie nicht signifikant auf die kurzfristige Veränderung der Symptomschwere aus. Da in dieser Meta-Analyse jene Patientengruppen mit Dosiserhöhung deutlich häufiger unter unerwünschten Arzneimittelwirkungen litten, raten die Autoren davon ab, die Dosis von Antidepressiva standardmäßig bei Non-Respondern zu steigern.

Dipl.-Psych. Annika Simon, Hannover

#### Literatur

Dold M et al. Dose Escalation of Antidepressants in Unipolar Depression: A Meta-Analysis of Double-Blind, Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom.* 2017; 86: 283–291

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-118242>

# Akzeptanz- und Commitment-Therapie

## Wertorientiertes Handeln verringert Patientenleid – nicht umgekehrt

*Psychotherapie will seelisches Leid verringern. Die Methoden unterscheiden sich allerdings – je nachdem, welche Prozesse bei der Aufrechterhaltung des Leids vermutet werden. Wissen um die zeitlichen Abläufe könnte helfen festzustellen, welche Annahmen stimmen. Eine deutsch-schweizerische Arbeitsgruppe hat jetzt die Reihenfolge und Abhängigkeiten der Veränderungen im Therapieverlauf unter die Lupe genommen.*

Die Psychische Flexibilitätstheorie definiert seelisches Leid als eine negative Reaktion auf Symptome – das Leid selbst ist kein Symptom. Der Versuch, gegen Symptome (etwa Angst) anzukämpfen, erhält das Leid aufrecht, während mehr psychologische Flexibilität das Leiden verringert. Deswegen geht nach dieser Theorie vermehrtes wertorientiertes Handeln einer Minderung des Leids zeitlich voraus (Antecedent Model 1) – ebenso wie ein vermindertes Ringen um eine Reduzierung der Symptome das Leid reduziert (Antecedent Model 2). Andere Modelle gehen davon aus, dass wertorientiertes Handeln erst dann passieren kann, wenn psychopathologische Symptome erfolgreich bekämpft wurden – eine weit verbreitete Ansicht, auch unter Patienten.

### Zeitliche Abläufe entschlüsseln

Die zeitlichen Abläufe im Therapieprozess könnten Aufschluss darüber geben, welche Annahme stimmt – und welches therapeutische Vorgehen mehr Erfolg verspricht. In einer randomisierten klinischen Studie wurde genau das untersucht: 41 bislang therapieresistente Patienten mit einer Panikstörung bekamen Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT). Die Kontrollgruppe bilde-

ten Patienten auf der Warteliste. Bei jeder der 8 Sitzungen wurden wertorientiertes Handeln, Kampf gegen Symptome und seelisches Leid erhoben.

### Mehr wertschätzende Aktionen – weniger Leid

Alle 3 Parameter veränderten sich im Verlauf der Therapie. Die Veränderungen beim Kampf gegen die Symptome und beim Leid hingen voneinander ab, während das wertorientierte Handeln sich weitgehend unabhängig entwickelte. Mehr wertorientiertes Handeln zog vermindertes Leid nach sich, umgekehrt hatten der Kampf um Symptome und das Leid keinen Einfluss auf das wertorientierte Handeln.

Wertorientiertes Handeln ging einer Verminderung des Leids voraus – dieser Zusammenhang war stärker als alle anderen Zusammenhänge in der Studie. Je mehr das wertorientierte Handeln zunahm, umso besser ging es den Patienten – und dieser Zusammenhang verstärkte sich im Verlauf sogar noch. Die weit verbreitete Annahme, dass das Leid verringert werden muss, bevor wertorientiertes Handeln möglich ist, stimmt also (zumindest in diesem Setting) nicht.

Eine andere verbreitete Annahme ist nach diesem Ergebnis ebenfalls widerlegt: Nicht der Kampf gegen Symptome führt zu mehr seelischem Wohlbefinden, sondern im Gegenteil weniger Kampf – zumindest bei den Teilnehmern dieser Studie, die ja in einer ersten Therapie bereits an der Bekämpfung der Symptome gescheitert waren. Nach Ansicht der Autoren kann der Versuch, Symptome zu kontrollieren, durchaus sinnvoll sein – wenn Kontrolle denn möglich ist. Ist das unwahrscheinlich, ist den Patienten offensichtlich mehr damit gedient, (zunächst) ihre Werte in den Vordergrund zu stellen und eine größere Akzeptanz gegenüber ihren Symptomen zu entwickeln.

### Fazit

Therapeuten sollten wertorientiertem Handeln ab Therapiebeginn große Aufmerksamkeit schenken und alles dafür tun, ihren Patienten zu helfen, sich in Richtungen zu bewegen, die sie ihren gewählten Werten näher bringen. Die Ergebnisse stützen die ACT-Strategie, den Kampf der Patienten gegen ihre Symptome zu verringern – nach Ansicht der Autoren bringt er langfristig nicht viel und verstärkt eher das Leid der Betroffenen.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

### Literatur

Gloster AT et al. Increasing valued behaviours precedes reduction in suffering: Findings from a randomized controlled trial using ACT. *Behav Res Ther* 2017; 91: 64–71

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-118243>

# Soziale Angststörung

## Manualisierte Therapie effektiver als Standardverfahren?

Mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 6,7% in Europa gehören soziale Angststörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Aufgrund hoher sozioökonomischer Folgen für Betroffene und Gesellschaft besteht hohes Interesse an wirksamen Behandlungsmethoden. Hoyer und Kollegen haben nun in einer randomisierten Studie an 162 Patienten eine manualisierte kognitive Verhaltenstherapie mit dem Standardverfahren verglichen.

Kognitive Verhaltenstherapie zählt heute zu den etablierten Ansätzen zur Behandlung von sozialen Angststörungen. Ob die manualisierte kognitive Verhaltenstherapie nach Clark-Wells dem verbreiteten Standardverfahren im Therapieerfolg überlegen ist, haben Hoyer und Kollegen in einer klinischen randomisierten und kontrollierten Studie untersucht. Dazu wurden 48 approbierte Psychotherapeuten verschiedener deutscher Zentren einer von 2 Gruppen zugeteilt:

- ▶ **Interventionsgruppe:** Die Psychotherapeuten wurden hinsichtlich der Methode nach Clark-Wells geschult und erhielten das entsprechende Manual.
- ▶ **Kontrollgruppe:** Die Psychotherapeuten erhielten kein spezielles Training und sollten die entsprechenden Patienten „wie gewohnt“ nach den Grundprinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie behandeln.

Nach dieser Rekrutierungs- und Trainingsphase behandelten die Therapeuten insgesamt 162 erwachsene Patienten mit der gesicherten Diagnose einer primären sozialen Angststörung. 107 Patienten beendeten die Behandlung, 57 davon wurden von den geschulten Therapeuten betreut.

Als primärer Endpunkt zur Beurteilung und zum Vergleich beider Therapiestrategien diente die Liebowitz-Skala zur Einschätzung des Schweregrades einer sozialen Angststörung (LSAS). Sekundäre Endpunkte waren das Beck Depressionen Inventar II, die LSAS als Selbstbeurteilungsinstrument sowie weitere Fragebogen zur Diagnostik sozialer Angststörungen. Die Erhebungen fanden vor der Therapie, jeweils nach der 1., 8., 15., 25. Stunde sowie direkt und nach 6 und 12 Monaten nach Beendigung statt. Zusätzlich wurde die Adhärenz zur manualisierten Therapie nach Clark-Wells unter den Therapeuten der Interventionsgruppe erfasst.

### Erfolg mit und ohne Manual

Zu allen Messzeitpunkten ergaben sich hinsichtlich der Symptomschwere (LSAS) keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Patienten beider Behandlungsgruppen. Beide Strategien – also Therapie mit und ohne Schulung und Manual – führten signifikant zum Rückgang der Beschwerden. Auch die zusätzlich erhobenen sekundären Endpunkte waren jeweils stark rückläufig, jedoch ohne Gruppenunterschiede. Die Adhärenz und Zufriedenheit der Psychotherapeuten der Interventionsgruppe zur Methode nach Clark-Wells war hoch.

#### Fazit

Kognitive Verhaltenstherapie ist sowohl in manualisierter als auch in freier Form ein hoch effektives Verfahren zur Behandlung primärer sozialer Angststörungen bei Erwachsenen. Nach Meinung der Autoren sind weitere klinische Studien erforderlich, um genaue Einflussfaktoren und Moderatoren benennen zu können.

Dipl.-Psych. Annika Simon, Hannover

#### Literatur

Hoyer J et al. Manualized cognitive therapy versus cognitive-behavioral treatment-as-usual for social anxiety disorder in routine practice: A cluster-randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2017; 95: 87–98

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-118240>

#### 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](mailto:pid@thieme.de), und wir stellen die Studie in einem der nächsten Hefte in dieser Rubrik vor. Wir freuen uns auf Ihre Tipps!



# Körperbild bei Magersucht

## Wahrnehmung ist nicht gestört



Quelle: PhotoAlto

*Ein gestörtes Körperbild ist ein Schlüsselsymptom bei Magersucht. Haben Magersüchtige eine verzerrte Wahrnehmung? Oder liegt hier eine affektive Störung vor? Eine Tübinger Arbeitsgruppe hat sich das Phänomen genauer angeschaut.*

Das Forschungsteam bediente sich im Rahmen seiner Studie neuester Technik: Die Körper der Teilnehmerinnen wurden mit einem 3D-Scanner erfasst und Avatare erstellt, die ihr Gewicht virtuell um 20% nach unten und oben verändern können. Die Teilnehmerinnen (24 Patientinnen mit Anorexie, 24 gesunde Frauen) sahen diese in einem Spiegelszenario.

### Ziemlich gut geschätzt

Sowohl die Anorektikerinnen als auch die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe unterschätzten ihr eigenes Gewicht an den Avataren leicht – entgegen der allgemeinen Annahme, Magersüchtige würden ihr Gewicht überschätzen. Nach ihrem Wunschgewicht

gefragt, gaben die gesunden Teilnehmerinnen ein Gewicht im unteren Normalbereich an, die Anorektikerinnen durchgängig ein Gewicht im extrem untergewichtigen Bereich.

Bei einem zweiten Versuch eine Woche später schätzten beide Gruppen das Gewicht der eigenen und fremden Avatare ziemlich exakt. Das angegebene Wunschgewicht entsprach dem beim ersten Versuch.

### Falsche Zielgröße

Offensichtlich können auch Magersüchtige Gewicht gut schätzen – sowohl das eigene als auch das anderer. Das angegebene Wunschgewicht gibt allerdings Anlass zur

Sorge – bei 52% der Anorektikerinnen lag der gewünschte BMI unter 15. Wenn Patientinnen sagen, sie seien zu dick, ist das also nicht ein Hinweis auf eine gestörte Wahrnehmung ihrer Proportionen, sondern auf eine affektive Störung – und eine pathologische Zielgröße.

Die weit verbreitete Annahme, Magersüchtige könnten ihr eigenes Gewicht und das anderer nicht realistisch einschätzen, ist mit dieser Studie widerlegt. Die Patientinnen haben kein Wahrnehmungsproblem. Sie wissen, dass sie untergewichtig sind, haben aber große Probleme, ein normales Gewicht als Ziel zu akzeptieren. Die magersüchtigen Teilnehmerinnen der Studie waren alle bereits in Behandlung, die meisten hatten schon wieder etwas Gewicht zugelegt. Sich mit einem gesunden Körpergewicht anzufreunden, fiel ihnen aber nach wie vor schwer.

### Fazit

Wenn die Einschätzung der Situation realistisch ist, das Ziel aber besorgniserregend, sollte an Letzterem gearbeitet werden. Die Autoren schlagen Interventionen vor, die den Patientinnen helfen, ihr Zielgewicht zu verändern und ihren Körper mit einem gesunden Gewicht zu akzeptieren.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

### Literatur

Mölbert SC et al. Assessing body image in anorexia nervosa using biometric self-avatars in virtual reality: Attitudinal components rather than visual body size estimation are distorted. *Psychol Med* 2017 Jul 26; 1–12

Beitrag online zu finden unter  
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-118241>

# Lösungsorientierte Techniken

## Die Wunder- oder 5-Jahres-Frage

*Die ursprünglich von Steve de Shazer (1985) formulierte Wunderfrage ist eine Möglichkeit, kreative Potenziale der Patientinnen und Patienten zu nutzen und somit selbstverordnete Denkblockaden zu umgehen. Noch stärker kann die 5-Jahres-Frage einen Aufschluss über das kreative Potenzial und innere Werte und Wünsche geben.*

**Einordnung und Zielsetzung** Die Technik ist ressourcenorientiert, da sie dem Patienten helfen soll, vom ausschließlichen Betrachten einer Problemkonstellation wegzukommen und auf eine mögliche Lösungsdimension zu fokussieren. Dabei sollte man berücksichtigen, dass Patienten sehr wohl schon über Lösungsversuche nachgedacht oder diese auch ausprobiert haben – dabei aber meist in einem Rahmen geblieben sind, der aufgrund verschiedener Handlungsleitsätze oder gesetzter Bedingungen keine Lösung zulässt („Ich sollte meiner Kollegin mal richtig die Meinung sagen, aber will es mir mit ihr auf keinen Fall verderben.“).

Eine Lösung ist oft dadurch erschwert, dass systemimmanente Lösungsversuche gedacht werden. Die Technik soll helfen, diesen Rahmen zu verlassen und bislang ungedachte, weil nicht vorstellbare (wer glaubt schon an Wunder?) Lösungswege zu betrachten.

**Probleme vs. Tatsachen** Beim Einsatz der Technik sollte man darauf achten, dass das vom Patienten beschriebene Problem auch grundsätzlich lösbar ist. Unabänderliche Tatsachen dürfen nicht als Probleme etikettiert werden. Oft kommen Patienten jedoch genau mit dem Wunsch in die Therapie, Tatsachen aus ihrem Leben verschwinden zu sehen:

- ▶ „Ich will mein Alter nicht akzeptieren.“
- ▶ „Mein Problem ist mein Aussehen.“
- ▶ „Ich will wieder so sein wie früher.“

Nach Kanfer et al. (1991, S. 49 ff.) zeichnen sich Probleme dadurch aus, dass sie sich von einem Ist-Zustand in einen Soll-Zustand transformieren lassen – Tatsachen hingegen nicht. „Viele emotionale Schwierigkeiten von Menschen beruhen auch darauf, dass Personen dort Änderungen versuchen, wo keine möglich sind oder umgekehrt, dort Änderungen unterlassen, wo sie durchaus möglich wären. Sie sind folglich noch nicht zu einer effektiven Differenzierung von „Problemen“ und „Tatsachen“ in der Lage“ (Kanfer et al., 1991, S. 49).

**Patienten sollten also vor Einsatz der hier beschriebenen Technik zu einer solchen Differenzierung in der Lage sein.**

**Die Lösung sollte nicht durch das Problem blockiert werden**

In den meisten Ausbildungen erlernen Therapeuten Problemlösungskompetenz: Sie forschen nach Ursachen, Zusammenhängen oder Auftretenswahrscheinlichkeiten. Sie differenzieren, kategorisieren oder protokollieren Problemzustände in der Annahme, auf diese Weise besser zu einer Lösung zu gelangen. Doch schon 1988 fordern Kanfer und Schefft in ihren 6 „Denkregeln“ vom Therapeuten „Think Solution“: „No problem definition is complete merely by description of difficulties. A full problem description requires knowledge not only of the current situation or state, but also of the situation that will be more

desirable as a future end-state and some indication of how to get there“ (Kanfer & Schefft 1988, S. 110). Therapeuten müssen bei dieser Technik zu einer Lösungsorientierung bereit sein und die Problembeschreibung im Sinne de Shazers als eine „Fahrkarte“ (Kaimer 1995) für die Therapie konzipieren.

**Die Beschäftigung sollte sich demnach auf die Ausdifferenzierung der Zielstände konzentrieren.**

**Können alle Patienten davon profitieren?**

Es gibt sicherlich Patientinnen und Patienten, die die ausführliche Schilderung des Problems (im Sinne einer „Fahrkarte“ für die Therapie) bei gleichzeitig postulierter Unveränderbarkeit in den Mittelpunkt ihrer Berichte stellen und nach allen Regeln der Kunst verteidigen. Diese können zunächst von einem solchen Vorgehen nicht profitieren, da es ihnen nicht um die Lösung, sondern oft um die Beachtung, um das Wahrnehmen und Würdigen des schwierigen Problems geht sowie um Verständnis für ihre oft schwierige Lage.

Manche schwer depressiv verstimmte Patienten mögen mit der Technik überfordert sein oder sich nicht ernst genommen fühlen. Hier wäre sicherlich noch strukturierender Aktivitätenaufbau vorzuschalten, damit überhaupt ein Denken in Richtung Veränderung möglich wird. Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass gerade manche depressiven Kognitionen durch zu hoch gesteckte und damit unerreichbare Ziele unterstützt werden.

**Vorsichtig sollte man auch bei Patienten mit chronisch psychischen oder körperlichen Erkrankungen sein – also in Fällen, in denen**

wir es nicht mit Problemen, sondern mit Tatsachen zu tun haben. Patienten, die sich dagegen durch einen Außen-Anstoß einen Impuls erhoffen, können von dieser Technik gut profitieren.

**Beschreibung** Die „Wunderfrage“ nach de Shazer (a.a.O.) kann wie folgt formuliert werden:

- ▶ „Ich möchte Ihnen jetzt eine ungewöhnliche Frage stellen: Stellen Sie sich vor, Sie gehen nach Hause und legen sich wie immer zu Bett. Und während sie heute Nacht schlafen, geschieht ein Wunder. Das Wunder besteht darin, dass das Problem, das sie hierher geführt hat, gelöst ist. Allerdings wissen Sie nicht, dass das Wunder geschehen ist, weil Sie ja schlafen. Wenn Sie also morgen früh aufwachen, was wird dann anders sein, das Ihnen sagt, dass ein Wunder geschehen ist und das Problem, das Sie hierher geführt hat, gelöst ist?“

Eine andere Möglichkeit, den Fokus vom Problem wegzulenken, ist die „Zauberfrage“:

- ▶ „Wenn dieser Kugelschreiber in meiner Hand jetzt ein Zauberstab wäre und ich in der Lage wäre, mit Simsalabim Ihr Problem wegzuzaubern, was würde sich dann in Ihrem Leben verändern?“

Die 5-Jahres-Frage zielt auf Veränderungspotenzial durch Aktivieren von Fantasien:

- ▶ „Angenommen, wir würden uns in 5 Jahren wieder über den Weg laufen, und bis dahin wären alle Ihre Wünsche und Träume in Erfüllung gegangen. Was würden Sie mir dann berichten? Wie würden Sie leben? Was für Beziehungen hätten Sie, welche Wohnsituation oder welchen Beruf? Wie wäre Ihr Status und Ihr Tagesablauf? Lassen Sie Ihrer Fantasie freien Lauf und lassen Sie sich nicht von Gedanken an sog. Realitäten lenken. Wenn es Ihnen attraktiv erscheint, können Sie in Ihren Träumen in 5 Jahren auch die Kaiserin von China sein!“

**Alle Fragen beschäftigen sich mit einem Zustand nach der Problemlösung und eben nicht mit dem Problem. Außerdem motivieren sie, über den bisherigen „Tellerrand“ der eigenen Problemlösungsversuche hinaus zu denken und bewusst unrealistische und wundersame Lösungen zu denken.**

Die meisten Patientinnen und Patienten profitiert von einer solchen Arbeit an Träumen und Wundern. Die 5-Jahres-Frage eignet sich auch gut als therapeutische Aufgabenstellung zwischen den Sitzungen. Oftmals kommen Patienten dabei wieder in Kontakt mit Lebensträumen und können sich der Frage stellen, ob sie nicht auch

schon zur Zeit und unter diesen Bedingungen Schritte in Richtung von Träumen unternehmen können.

Manche Patienten sagen aber auch, dass sich in ihrem Leben nichts verändern würde, wenn das Problem gelöst sei. Dies sollte man als Hinweis auf die Therapiemotivation und auf die Funktion der Aufrechterhaltung des Problems – möglicherweise auch einer kommunikativen Bedeutung – verstehen.

#### Literatur

- De Shazer S. *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. 11. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2012
- Kaimer P. Lösungsorientiert zuerst! *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 1995; 389–404
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. *Selbstmanagement-Therapie*. Heidelberg: Springer; 1991
- Kanfer FH, Schefft BC. *Guiding the Process of Therapeutic Change*. Champaign: Research Press; 1988



**Michael Broda**

Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie; nach universitärer Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Rehabilitationspsychologie leitend in einer psychosomatischen

Fachklinik tätig; seit 1997 niedergelassen in eigener Praxis in Dahn; Mitherausgeber der Lehrbücher „Praxis der Psychotherapie“ (mit W. Senf) und „Technik der Psychotherapie“ (mit W. Senf und B. Wilms) sowie Fachgutachter Verhaltenstherapie (KBV).

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-118244>

# Achtsamkeit & Selbstfürsorge

Editorial

## Von der Profession zur Konfession?



**Prof. Christoph Flückiger**

Psychologisches Institut  
Universität Zürich  
Binzmühlestr. 14/04  
CH-8050 Zürich

christoph.flueckiger  
@psychologie.uzh.ch



**Prof. Volker Köllner**

Abteilung für Verhaltens-  
therapie und Psychosomatik  
Reha-Zentrum Seehof  
der Deutschen Renten-  
versicherung Bund  
Lichterfelder Allee 55  
14513 Teltow

koellner@psychosoma.de

Noch gar nicht so lange her: European Conference of Cognitive Behavioral Therapy (EABCT) 2005 in Tessaloniki, Griechenland. Die Dritte Welle der Kognitiven Verhaltenstherapie war damals schon deutlich fortgeschritten, Diskussionen über deren Berechtigung in vollem Gange. In der ersten Plenum-Veranstaltung vor versammelter europäischer Prominenz wurde ein Interview via Videokonferenz eingespielt. Dr. Judy Beck interviewte Dr. Aaron T. Beck, welcher über seine Begegnungen mit Tenzin Gyatsho berichtete, dem 14. Dalai Lama, höchster Trülku der Gelug-Schule des Vajrayana-Buddhismus. Manch eine achtsam Ehrfurcht verspürende Person im Publikum mag sich gefragt haben: Was macht Tenzin so attraktiv – hier in Tessaloniki, unweit der Meteora-Klöster und der autonomen Mönchsrepublik Athos mit der möglicherweise größten europäischen Meditations-tradition, ihresgleichen auch schon Weltkulturerbe? Was macht es aus, dass wir möglicherweise Mahayana-Buddhismus besser kennen als die näher gelegenen Athos-, Kamaldulenser- oder Kartäuser-Praktiken?

### Fortschritte?

Wie die Titelwahl des vorliegenden Themenhefts markiert, haben wir im Herausgeberteam versucht, möglichst vielen verschiedenen Perspektiven im Bereich der Achtsamkeit und Selbstfürsorge innerhalb und außerhalb der Psychotherapie eine Stimme zu geben. Was macht es aus, dass gerade dann, wo das Ziel einer empirisch rigoros geprüften professionellen Psychotherapie in greifbarer Nähe scheint, konfessionelle Praktiken wieder en vogue werden? Möglicherweise eine Prise leicht verklärter Blick in den „Fernen Osten“? Möglicherweise vernachlässigend, dass beispielweise der tibetanische Buddhismus nicht gerade die tragende Vorreiterrolle in der gender-sensitiven Selbstfürsorge innehat? Möglicherweise?