



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

15. Jahrgang | Ausgabe 4.2023



So gelingt die Aufklärung
über Psychotherapie

Krankenhausreform in der
Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder-
und Jugendpsychiatrie

Psychotherapie mit mehrfach
traumatisierten Geflüchteten

Trotz Krankheit keine finanziellen Sorgen

Sichern Sie als Psychotherapeut:in Ihr Einkommen und Ihre fortlaufenden Praxiskosten bei Arbeitsunfähigkeit im Gruppenvertrag der DKV ab.



Auf einen Blick

Highlights

- // Finanzielle Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit
- // Leistung auch während der gesetzlichen Mutterschutzfristen
- // Alternative oder Ergänzung zum gesetzlichen Krankengeld
- // Mitversicherung im Ärztetarif
- // Kontrahierungszwang und Verzicht auf Wartezeiten
- // Zahlung ab dem 4. Tag des Ausfalls möglich
- // Kündigungsverzicht des Versicherers

Berechnungsbeispiel

150 € ab dem 15. Tag für 58,80 € pro Monat,
Psychotherapeutin, Jahrgang 1988

Warum brauche ich als Psychotherapeut:in ein zusätzliches privates Krankentagegeld?

Die Krankentagegeldversicherung zählt mit zu den wichtigsten Absicherungen. Wenn Sie aufgrund von Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig sind, fehlt Ihnen Ihr Einkommen. Zusätzlich laufen die Praxiskosten weiter.

Einkommensersatz erhalten Sie als Freiberufler:in nicht automatisch. Sie müssen selbst finanziell vorsorgen. Dabei haben Sie die Wahl zwischen dem Krankengeld Ihrer GKV, der privaten Krankentagegeldversicherung oder einer Kombination aus beiden Möglichkeiten. Wir beraten Sie gerne.



„Grenzen des Wachstums – eine Zerreißprobe für die Menschheit?“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Wenn die gegenwärtige Zunahme der Weltbevölkerung, der Industrialisierung, der Umweltverschmutzung, der Nahrungsmittelproduktion und der Ausbeutung von natürlichen Rohstoffen unverändert anhält, werden die absoluten Wachstumsgrenzen auf der Erde im Laufe der nächsten hundert Jahre erreicht,“ so eine Schlussfolgerung der Forscher des Club of Rome.

Beim diesjährigen DPtV-LunchTalk befassten sich die eingeladenen Expert*innen und 800 Teilnehmer*innen mit der Frage, wie sich 50 Jahre danach die Grenzen des Wachstums darstellen, und wie die Bedingungen, Möglichkeiten und Chancen einer Postwachstumsökonomie aussehen könnten.

Was darf sich ein einzelnes Individuum an materiellen Freiheiten erlauben, ohne über seine ökologischen und sozialen Verhältnisse zu leben? Werden uns die Grenzen des Konsums durch Reizüberflutung aufgezeigt? Diese und viele weitere Fragen wurden am 8. November 2023 ausführlich diskutiert.

Sie interessiert dieses Thema und Sie konnten nicht dabei sein? Wir haben für Sie auf unserer Homepage eine Videoaufzeichnung und auch alle Vorträge zu unserem LunchTalk hinterlegt: www.dptv.de/lunchtalk.

Doch nun naht das Jahresende. Die bevorstehende Advents- und Weihnachtszeit bedeutet für viele von uns eine Auszeit vom Alltag, Abstand zu gewinnen und Kraft zu tanken. Ich hoffe sehr, dass die bevorstehenden Feiertage Ihnen Möglichkeiten hierfür bieten.

Im Namen des gesamten Vorstandes und der Geschäftsstelle wünsche ich Ihnen schöne Feiertage, gute Erholung und einen guten Start in ein neues Jahr 2024.

Sabine Schäfer
Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPtV



**Die meistgenutzte
Praxissoftware**

3 Monate kostenfrei testen

elefant-praxissoftware.de



8 „Die Finanzierung von psychotherapeutischer Weiterbildung in Kliniken muss sichergestellt werden.“



LUNCHTALK

- 6 Hans Strömsdörfer // Grenzen des Wachstums – eine Zerreißprobe für die Menschheit?

GESUNDHEITSPOLITIK

- 8 Christina Jochim // Krankenhausreform in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie – wo bleiben reale Verbesserungsvorschläge?

AUS DER PSYCHOTHERAPIE

- 12 Leonie Gerke, Ann-Katrin Meyrose, Yvonne Nestoriuc // So gelingt die Aufklärung über Psychotherapie
- 18 Jakob Blaß // Personalisierte Behandlung von BPS und PTBS
- 24 Philipp Stang, Daniela Rico-Dresel // Wie wirkt ein verkürztes, achtsamkeitsbasiertes Gruppentraining auf die Lebenszufriedenheit?

AUS DER PRAXIS

- 28 Marie-Luise Langenbach // Herausfordernde Gruppensituationen
- 34 Lea Beck-Hiestermann // Die postpartale Depression in der Praxis
- 38 Hannah Krunke, Katrin Boztepe // Psychotherapie mit mehrfach traumatisierten Geflüchteten

RECHT UND STEUER

- 42 Christian Johannes // Der Traum vom eigenen Praxisraum – steuerlich nicht zwingend die beste Idee

DPtV CAMPUS

- 46 Fortbildungen Februar bis März 2024

NEWS

- 47 DPtV-Weihnachtsspende an Schatten & Licht e. V.
- 48 Elisabeth Dallüge und Dr. Josepha Katzmann ergänzen Bundesvorstand
- 48 Kurz gemeldet ...

REZENSIONEN

- 49 Ambulante tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie
- 50 Kreative Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen
- 51 Depression im Kindes- und Jugendalter
- 52 Therapie-Tools Peripartalzeit
- 53 Kleinanzeigen
- 54 Impressum
- 55 Adressen DPtV

18



DPTv
*Lunch
Talk*



LunchTalk-Video:
Sie konnten den DPTv-LunchTalk nicht live verfolgen?
Der LunchTalk 2023 ist hier als Video verfügbar:
www.dptv.de/lunchtalk

Grenzen des Wachstums – eine Zerreißprobe für die Menschheit?

Denkanstöße und Analysen bei DPTV Online-LunchTalk 2023.

„Grenzen des Wachstums“ lautete das Thema des Online-LunchTalks 2023 der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV). „Wir wollen betrachten, was die Menschen antreibt, nach immer mehr Wachstum zu streben und das Leben an immer mehr Besitz und Konsum auszurichten, obwohl wir uns damit der eigenen Lebensgrundlage berauben“, eröffnete DPTV-Bundesvorsitzender Gebhard Hentschel die Veranstaltung, an der über 800 Interessierte teilnahmen.

Wachstumsgrenzen meistern: All you need is less

Was darf sich ein einzelnes Individuum an materiellen Freiheiten erlauben, ohne über seine ökologischen und sozialen Verhältnisse zu leben? Wo endet der Nutzen von Konsum – wo beginnt der Konsumstress? Diese Fragen analysierte Prof. Dr. Niko Paech in einem spannenden Vortrag. „Der Konsum muss eingeschränkt werden – aus Schutz vor Reizüberflutung“, forderte der Volkswirtschaftswissenschaftler der Universität Siegen.

Umkehr des Lebensstils notwendig

„Polykrisen vermitteln das Gefühl: Es ist nichts mehr veränderlich. Die wichtigste Krise ist die Klimakrise. Sie fordert eine Umkehr unseres Lebensstils“, betonte Dipl.-Psych. Delaram Habibi-Kohlen. In ihrem Vortrag „Wachstum und Freiheit ohne Grenzen? Postfaktisches Wunschenken am Beispiel des Klimadiskurses“ sprach die Psychoanalytikerin über die Gefahr, anlässlich der schmerzlichen Fakten in Resignation zu erstarren. Außerdem warnte das Mitglied der „Psychologists for Future“: „Wenn alles ersetzbar ist, weil im Überfluss vorhanden, sind es am Ende auch die Menschen genauso wie die Fakten, die durch Meinungen ersetzt werden.“

Obergrenzen und „Wachstums-Genügsamkeit“

Auf die Fragen der LunchTalk-Teilnehmer*innen antworteten die Expert*innen in der anschließenden Diskussion, die von Dr. Christina Jochim (Stv. DPTV-Bundesvorsitzende) moderiert wurde. „Humanismus heißt auch, Grenzen zu akzeptieren“, stellte Prof. Paech klar. Gruppenprozesse und gemeinsames Handeln seien entscheidend, um eine Kultur der „Post-Wachstum-Genügsamkeit“ zu erzeugen. Auch Konfrontation und Streit seien wichtig. „Wir sind eine Kuschel-Demokratie geworden. Es darf niemandem eine Einschränkung aufgezwungen werden“, kritisierte er. Frau Habibi-Kohlen erklärte die Mechanismen der Verdrängung: „Wenn Schuldgefühle zu groß werden, wenden wir uns ab.“ Ihrer Meinung nach sei es eine unausgesprochene Übereinkunft, gehöre es zur „Nicht-Abstinenz“, das Thema bei den Patient*innen „totzuschweigen“ und sich in eine gemeinsame Abwehr zu begeben. Auch als Psychotherapeut*in müsse man sich die eigene Haltung bewusst machen.



Hans Strömsdörfer

Seit 2019 Pressesprecher und Leiter Kommunikation in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV). Kontakt: presse@dptv.de



Christina Jochim

Krankenhausreform in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie – wo bleiben reale Verbesserungsvorschläge?

Welche Verbesserungen hält die Krankenhausreform für Menschen mit psychischen Erkrankungen bereit? Kurz gesagt: nicht viele. Obwohl Psychotherapie in modernen Behandlungsleitlinien für die meisten psychischen Erkrankungen das Mittel der Wahl ist, bleiben Verbesserungen für die psychotherapeutische Versorgung in Kliniken aus. Die am 29. September 2023 vorgelegten Empfehlungen der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ für die Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie bleiben daher hinter den Erwartungen zurück.

Hintergrund und Ziele der Reform

Das deutsche Gesundheitssystem sei zu teuer, die Qualität solle verbessert werden. Deshalb brauche es eine umfassende Krankenhausreform. Die Regierungskommission und das Bundesgesundheitsministeriums (BMG) nannten bei der Veröffentlichung der Achten Stellungnahme die immer knapper werdenden Personalressourcen für vollstationäre Behandlungen, die ein Umdenken in der Krankenhausplanung erfordern, als einen weiteren zentralen Grund für die Reform.

Besonderheiten von Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Mit fast 74.000 Betten entfallen 15 % aller Krankenhausbetten in Deutschland auf die Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie („Psych-Kliniken“). Bemessen an der Bettenzahl (56.000) ist die Erwachsenen-Psychiatrie das drittgrößte Fach nach der Chirurgie und Inneren Medizin. Dies ist auch ein Ausdruck der Prävalenzen psychischer Erkrankungen und der hohen Krankheitslast in der Bevölkerung.

Anders als in der Somatik gibt es bei den sogenannten Psych-Kliniken bereits viel tagesklinische Behandlung, Institutsambulanzen und in einigen Regionen auch aufsuchende Behandlung als stationsäquivalente Behandlung (STÄB). Diese ambulanten Möglichkeiten seien laut Regierungskommission wegweisend und hätten Modellcharakter für einen flächendeckenden Ausbau – auch für die Somatik.

Bisherige Stellungnahmen der Regierungskommission für die somatischen Fächer schlugen als Neuerung unter anderem die Einführung von Leistungsgruppen, Leveln und die Absenkung der DRG-Vergütung zugunsten einer Vorhaltefinanzierung vor. Hiervon wird bei den Psych-Fächern abgesehen, denn diagnose-spezifische Leistungsgruppen sind nicht mit der Pflichtversorgung vereinbar. Auch wurde seit 2018 ein neues Vergütungssystem eingeführt, das erst seit 2020 Budgetauswirkung hat. Mit diesem „Pauschalisierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) wird die stationäre Behandlung nach Tagespauschalen vergütet, die unter anderem nach Erkrankungsschwere und Behandlungsaufwand am jeweiligen Tag variieren.

Ein weiterer Unterschied zu den somatischen Fächern ist, dass sich die Krankenhausplanung der Psych-Kliniken an der regionalen Pflichtversorgung orientiert und laut Regierungskommission es dadurch zu einer Vermeidung von Doppelstrukturen und Planung in den meisten Bundesländern mit Hilfe von bevölkerungsbezogenen Bettenmessziffern (Behandlungsplatzmessziffern) komme.

Letztendlich wird auch das bereits Vorhandensein von definierten Personaluntergrenzen durch die Richtlinie zur Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) als Besonderheit und Errungenschaft gesehen.

Empfehlungen der Regierungskommission

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung macht in ihrer Achten Stellungnahme folgende Vorschläge für den Bereich der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Ausbau Institutsambulanzen: Um ambulante Versorgungslücken durch das KV-System zu schließen, sollen laut Regierungskommission Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen (PIA) flächendeckend ausgebaut werden. Die Vergütung soll sich zukünftig an dem sogenannten bayerischen Modell orientieren und anhand jeder einzelnen Behandlungsleistung getrennt nach Berufsgruppe, Zeitaufwand und Setting erfolgen.

Es ist begrüßenswert, dass Versorgungsqualität erhöht werden soll durch transparentere Abrechnung, wodurch besser erkennbar ist, welche Leistungen bei Patient*innen real angekommen. Voraussetzung ist dafür eine ausreichende Finanzierung, damit bedarfsgerechte multiprofessionelle Behandlung gelingen kann.

Die Grundidee, den Ausbau von PIAs zu fördern, „um ambulante Versorgungslücken durch das KV-System zu schließen“ ist jedoch völlig fehlgeleitet. Die Lösung zur Schließung von Versorgungslücken ist die lang geforderte Anpassung der Bedarfsplanung. Behandlung mit Richtlinien-Psychotherapie von KV-Praxen kann nicht durch Klinikambulanzen ersetzt werden. Das Behandlungssetting und die Qualifikationen sind unterschiedliche. Jetzt schon fehlt in Kliniken das Personal für psychotherapeutische Versorgung. Wenn dieses dann vermehrt in den Klinikambulanzen eingesetzt werden soll, wer versorgt dann die stationären Patient*innen? Hinzu kommt, dass Psychotherapie keine vertretbare Leistung ist. Die Realität in PIAs ist eine andere. Fachpersonal, das im Nachtdienst war, fehlt dann im Tagdienst. Bei Personalausfall auf Station wird PIA-Personal für den stationären Einsatz abgezogen. Dies führt dazu, dass weniger Behandlungskontinuität in den Ambulanzen erfolgen kann. Behandlungskontinuität und persönliches Vertrauen ist aber eine zentrale Voraussetzung für psychotherapeutische Behandlung und ein wichtiger Wirkfaktor.

Nach § 118 SGB V haben psychiatrische, psychosomatische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Fachkrankenhäuser und Abteilungen, die sich an der regionalen Pflichtversorgung beteiligen, die Berechtigung, in Psychiatrischen Institutsambulanzen ambulant zu behandeln. PIAs müssen ihre Behandlung auf schwer oder chronisch psychisch kranke Patient*innen ausrichten. Insbesondere Patient*innen, die häufige stationäre Klinikaufenthalte haben, können von diesem Behandlungssetting profitieren. Ansonsten gilt das Prinzip der Enthospitalisierung im Sinne von „ambulant vor stationär“. Der Ausbau von PIAs zementiert somit die Sektorgrenzen stationär-ambulant, statt die Vermittlung wohnortnah ins KV-System zu fördern.

Notfallversorgung: Kliniken mit einer Notfallstufe sollen zukünftig auch psychiatrische Notfallversorgung vorhalten. Diese könne als Telemedizin oder in Form eines Konsildienstes erbracht werden. Hierbei soll die Verzahnung und Zusammenarbeit mit den öffentlichen Gesundheitsdiensten ausgebaut werden.

Da psychische Notfälle im Kindes- und Erwachsenenalter häufig sind, ist dieses Vorhaben sinnvoll. Dies kann jedoch nur mit Personalaufbau geleistet werden. Denn Zahlen des Robert-Koch-Instituts zeigten, dass die im Vergleich zu 2019 niedrigere Inanspruchnahme von Notaufnahmen offenbar bis ins Jahr 2023 anhalte. Aktuelle Überlastungen der Notaufnahmen resultierten daher wahrscheinlich eher aus Personalengpässen als aus steigenden Patient*innen-Zahlen.

Flexibilisierung tagesklinischer Behandlung: Die Regierungskommission möchte setting-übergreifende Behandlung fördern durch das Abschaffen von getrennten Behandlungswegen. So soll auf allen vollstationären Behandlungsplätzen auch tagesklinisch nach den vereinbarten tagesklinischen Vergütungsmodalitäten behandelt werden dürfen. Hierfür wird das Überwinden einer starren Ausweisung von vollstationären und tagesklinischen Behandlungsplätzen in den Landeskrankenhausplänen benötigt.

Die Vorschläge zur Flexibilisierung tagesklinischer Behandlung ermöglichen eine bessere Anpassung an die Bedürfnisse von Patient*innen und sind begrüßenswert. Zudem bieten sie Lösungswege bei dem eklatanten Fachkräftemangel in der Pflege. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass tagesklinische Behandlung stets der fachlichen Indikation und nicht vorwiegend der Ressourcenschonung folgt.

Förderung von Regionalbudgets: Modellprojekte nach § 64b SGB V ermöglichen Verträge über Quartals- und Kopfpauschalen als Regionalbudgets. Die Regierungskommission bewertet diese als positiv und schlägt vor, dass Krankenkassen hierfür einen Kontrahierungszwang haben sollen, wenn mindestens 25 % der Versicherten vom Vertrag eingeschlossen werden. Gleichzeitig erachtet die Regierungskommission diese Modelle als noch nicht geeignet, pauschal auf ganz Deutschland übertragen zu werden, weil sich die ambulante Versorgung durch den KV-Bereich regional stark unterscheidet und in den bislang durchgeführten Modellprojekten der KV-Bereich in der Regel nicht eingebunden war. Deshalb sollen zukünftig Vertragspartner*innen auf KV-Seite einbezogen werden.

Es bleibt zunächst abzuwarten, wie eine echte sektorübergreifende Umsetzung durch den Ein-

bezug des KV-Systems gelingt. Schon jetzt stellt sich die Frage, wie qualitative Behandlung gelingen kann, wenn Pauschalen einen Anreiz für den Einsatz kostengünstiger Berufsgruppen schaffen. Die Vergütungssystematik von Berufsgruppen richtet sich nach dem Qualifikationsniveau und steigt mit höherer Qualifikation.

PPP-RL: Die Richtlinie zur Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) sah ab 1. Januar 2024 gemäß eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bei einem Unterschreiten der Personaluntergrenzen finanzielle Sanktionen vor (ab diesem Zeitpunkt wird eine mindestens 95-prozentige Erfüllung der Vorgaben verlangt, ab 1. Januar 2025 dann eine 100-prozentige Erfüllung). Die Regierungskommission schlägt vor, diese auszusetzen, weil sie unverhältnismäßig seien und eine Ungleichbehandlung im Vergleich zur somatischen Medizin seien, wo die Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenzen mit deutlich geringeren Sanktionen versehen wird.

Gerade einmal die Hälfte der Einrichtungen erreichen den Umsetzungsgrad von 90 % Personal. Es ist bedauerlich, dass die Regierungskommission keinen Vorschlag zur Verbesserung der Situation macht. Denn Personalmangel ist ein Teufelskreis. Aufgrund von Überlastung wegen Personalmangel, unzureichenden Arbeitsbedingungen und Unterbezahlung verlassen Fachkräfte den Klinikbetrieb. Dies führt zu weiterem Personalmangel. Ein Lösungsansatz ist, die Sanktionen differenziert einzusetzen. Denn für die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen ließen sich die Mindeststandards umsetzen. Zudem sind ärztliche Stellen und psychotherapeutische Stellen miteinander verrechenbar. Trotzdem bleiben diese Stellen in Kliniken manchmal unbesetzt. Die Gründe hierfür liegen (noch) nicht in einem Fachkräftemangel.

Der zentralste Punkt ist jedoch, dass die Regierungskommission keinen Vorschlag zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den psychiatrischen Krankenhäusern macht. Denn diese hat sich mit der PPP-Richtlinie kaum verbessert. Der G-BA übernahm 2019 mit nur minimalen Änderungen die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die auf einem veralteten pharmakotherapielastigen Behandlungskonzepten der 1980er-Jahre beruhen. Das hatte der Gesetzgeber erkannt und erteilte dem G-BA den Auftrag, die Psychotherapie entsprechend ihrer Bedeutung für die Behandlung in der PPP-Richtlinie abzubilden. Dieser Auftrag wurde bis heute nicht umgesetzt. Die dringend erforderliche Anpassung der Minutenwerte für eine leitlinien-gerechte Versorgung ist weiterhin nicht möglich.

**DPTV-Forderungen
für eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung**

1. Nachjustierung der PPP-RL: Die Minutenwerte in der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen müssen deutlich erhöht werden. Der gesetzliche Auftrag, die Psychotherapie entsprechend ihrer Bedeutung für die Behandlung in der PPP-Richtlinie abzubilden, muss vom G-BA erfüllt werden! In die PPP-RL müssen Regelaufgaben für leitende Psychologische Psychotherapeut*innen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen/Fachpsychotherapeut*innen übernommen werden. Die Evidenz und die Versorgung hat sich seit den 1980er-Jahren weiterentwickelt. Dem muss die PPP-RL Rechnung tragen.
2. Die psychotherapeutische Sprechstunde (KV-System) sollte schon während der stationären Behandlung ermöglicht werden und Bestandteil eines Entlassmanagement in Kliniken werden. So kann die Schnittstelle von stationär zu ambulant verbessert werden.
3. Bei Modellprojekten nach § 64b SGB V muss Psychotherapie dezidiert benannt und kalkuliert werden.
4. Im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) muss der Approbationsvorbehalt für psychotherapeutische Leistungen als Strukturmerkmal aufgenommen werden. Eine kooperative Behandlungsleitung durch eine*n Psychologische*n Psychotherapeut*in/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in/Fachpsychotherapeut*in gemeinsam mit einer Fachärztin oder einem Facharzt sollte als Strukturmerkmal formuliert werden.
5. Die Finanzierung von psychotherapeutischer Weiterbildung in Kliniken muss sichergestellt werden. Denn nur so kann eine Fachkräfte-Zukunft von morgen gesichert werden.

Es bleibt abzuwarten, welche Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform auch auf der Gesetzesebene Eingang finden. Bisher handelt sich nur um Empfehlungen. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat jedoch in der Pressekonferenz des BMG vom 29. September 2023 angekündigt, man werde „viel daraus übernehmen“. Es bleibt zu hoffen, dass hierbei auch die psychotherapeutische Versorgung in Kliniken in den Fokus genommen wird. Die DPTV wird diesen Prozess genau begleiten.



Achte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: <https://t1p.de/sj2ec>
Pressekonferenz BMG vom 29.09.2023



Dr. Christina Jochim

Psychologische Psychotherapeutin, tätig in einer Klinik und eigener Praxis in Berlin, stellv. Bundesvorsitzende der DPTV, Vorsitzende der DPTV Berlin, Vorstandsmitglied und Delegierte der Psychotherapeutenkammer Berlin, Bundesdelegierte des Deutschen Psychotherapeutentags, stellv. Mitglied im Unterausschuss „Psychotherapeutische und Psychiatrische Versorgung“ im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).



Leonie Gerke, Ann-Katrin Meyrose, Yvonne Nestoriuc

So gelingt die Aufklärung über Psychotherapie

Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung von Behandelnden zu Einstellungen und praktischer Umsetzung der informierten Einwilligung.

Wie bei anderen gesundheitsrelevanten Behandlungen stellt die informierte Einwilligung eine notwendige Voraussetzung zur Durchführung einer Psychotherapie dar (§ 630d, BGB). Rechtlich ist die Einwilligung in die Behandlung nur gültig, sofern Patient*innen zuvor mündlich, rechtzeitig und in verständlicher Form über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufgeklärt worden sind (§ 630e, BGB). Die Aufklärungsbestandteile nach dem Patientenrechtegesetz (§ 630e, BGB) sind in Abbildung 1 dargestellt. Behandelnde müssen demnach Patient*innen insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnah-

me sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und/oder die Therapie informieren (BGB, § 630e). Außerdem ist auf Behandlungsalternativen hinzuweisen, wie zum Beispiel Pharmakotherapie oder andere psychotherapeutische Verfahren. Damit stellt die Behandlungsaufklärung über eine Richtlinien-therapie gemäß rechtlichen Vorgaben eine komplexe und zeitintensive Aufgabe für Behandelnde dar.

Die informierte Einwilligung stellt zwar einen regulären Bestandteil der meisten Psychotherapien dar, jedoch geht sie mit deutlichen Unsicherheiten bezüglich der Erfüllung rechtlicher und ethischer Vorgaben seitens der Behandelnden und einer erheblichen Varianz hinsichtlich der Aufklärungsinhalte und der Art der Durchführung einher.

Erfordernisse der Aufklärung über Psychotherapie

Inhalt (gemäß § 630e, BGB)	<p>Sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände:</p> <ul style="list-style-type: none"> insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten der Maßnahme im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie Alternativen zur Maßnahme, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können
Format (gemäß § 630e, BGB)	<ul style="list-style-type: none"> mündlich durch den Behandelnden oder eine Person, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt > ergänzende schriftliche Unterlagen möglich so rechtzeitig, dass Patient*innen ihre Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen können in einer für die Patient*innen verständlicher Form Abschriften von Unterlagen, die Patient*innen im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet haben, sind auszuhändigen

Abbildung 1: Aufklärungsinhalte gemäß rechtlichen Vorgaben (§ 630e, BGB)

Kurz gefasst

Die Aufklärung und informierte Einwilligung stellen eine rechtliche und ethische Voraussetzung für eine Psychotherapie dar. Wir befragten daher 530 psychotherapeutisch Praktizierende in Deutschland zu ihren Einstellungen und zur praktischen Umsetzung der Aufklärung mit informierter Einwilligung für Psychotherapie. Für die meisten Behandelnden (84 %) war das Einholen einer informierten Behandlungseinwilligung alltägliche Routine. Viele Psychotherapeut*innen fühlten sich unsicher, ob sie die rechtlichen (63 %) und ethischen Verpflichtungen (52 %) zufriedenstellend erfüllen. Vier von fünf Behandelnden (80 %) gaben an, Patient*innen auch über mögliche Risiken zu informieren. Viele Befragte (52 %) befürchteten allerdings, durch diese Informationen Ängste bei Patient*innen auszulösen. Obwohl die informierte Einwilligung für Psychotherapie in der klinischen Praxis eher die Regel als die Ausnahme zu sein scheint, bleibt die Umsetzungsqualität im Hinblick auf die rechtlichen, ethischen und klinischen Anforderungen fraglich.



AUS DER PSYCHOTHERAPIE

Nicht nur mit Blick auf rechtliche Vorgaben und zeitliche Ressourcen, sondern auch aus ethischer Perspektive ergeben sich Herausforderungen bei der Behandlungsaufklärung. Im Einklang mit dem ethischen Prinzip des Respekts der Autonomie von Patient*innen ermöglichen eine transparente Behandlungsaufklärung und spezifisch die Aufklärung über erwartbare Folgen und Risiken eine Kosten-Nutzen-Abwägung (Beauchamp &

Ob Behandelnde im klinischen Alltag ihre Patient*innen über mögliche unerwünschte Wirkungen aufklären, ist bisher empirisch nicht untersucht worden.

Childress, 2019). Diese wiederum stellt eine wichtige Voraussetzung dafür dar, dass

Patient*innen eine autonome und informierte Behandlungsentscheidung treffen können. Andererseits kann die Offenlegung von Informationen über mögliche Nebenwirkungen bei Patient*innen negative Erwartungen und somit unerwünschte Nocebo-Effekte hervorrufen (Wells & Kaptchuk, 2012). Der Nocebo-Effekt bedeutet, dass Patient*innen durch die Aufklärung selbst mit höherer Wahrscheinlichkeit jene Nebenwirkungen erleben können, über welche sie zuvor aufgeklärt wurden (Colloca & Barsky, 2020). Dies widerspricht dem ethischen Prinzip des Nichtschadens. Ob Behandelnde im klinischen Alltag ihre Patient*innen über mögliche unerwünschte Wirkungen aufklären und wie sie dem potenziellen Konflikt zwischen den ethischen Prinzipien des Respekts der Autonomie und des Nichtschadens begegnen, ist bisher empirisch nicht untersucht worden.

Daher führten wir 2021 eine Online-Befragung unter 530 psychologischen und ärztlichen Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und Ausbildungskandidat*innen in der Behandlungsstufe durch, um deren Einstellungen gegenüber der informierten Einwilligung für Psychotherapie und ihre eigene Umsetzung in der klinischen Praxis zu erfragen. Die Gesamtstichprobe umfasste 418 approbierte Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (79 %) und 112 Ausbildungskandidat*innen in der Behandlungsstufe (21 %). Im Durchschnitt waren die Teilnehmenden 44 Jahre alt und verfügten über 13 Jahre psychotherapeutische Berufserfahrung. 78 % der Teilnehmenden waren weiblich, 1 % gab divers als Geschlecht an.

Eine große Mehrheit der Befragten (84 %) bestätigte, regelmäßig eine informierte Einwilligung für Psychotherapie einzuholen. Von denjenigen, die regelmäßig eine informierte Einwilligung einholen, gaben 18 % an, dass sie in Ausnahmefällen auf eine informierte Einwilligung verzichten. Viele Behandelnde (39 %) gaben an, die informierte Einwilligung ausschließlich in schriftlicher Form einzuholen. 33 % holten sie in mündlicher und schriftlicher Form und 28 % in ausschließlich mündlicher Form ein. Die Mehrheit der befragten Behandelnden fühlte sich jedoch unsicher, ob sie ihren rechtlichen (63 %) und ethischen Verpflichtungen (52 %) in zufriedenstellender Weise nachkommen. Die beiden am häufigsten genannten Bestandteile der eigenen Behandlungsaufklärung waren die Rahmenbedingungen der Psychotherapie (96 %) und das angewendete psychotherapeutische Verfahren (91 %). Die am seltensten ausgewählten Bestandteile der eigenen Behandlungsaufklärung waren Informationen über die Wirkmechanismen der Psychotherapie (33 %) und die Rolle von Erwartungen (30 %). Ein von fünf Behandelnden (20 %) gab an, Patient*innen nicht über mögliche Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie zu informieren. 52 % befürchteten, bei Patient*innen Ängste vor möglichen Risiken und Nebenwirkungen auszulösen. Die deutschlandweiten Umfrageergebnisse geben Hinweise darauf, dass die informierte Einwilligung zwar ein regulärer Bestandteil der meisten Psychotherapien darstellt, jedoch mit deutlichen Unsicherheiten bezüglich der Erfüllung rechtlicher und ethischer Vorgaben seitens der Behandelnden und einer erheblichen Varianz hinsichtlich der Aufklärungsinhalte und der Art der Durchführung einhergehen. Informationen über den potenziellen Nutzen der Behandlung, die Wirksamkeit und Wirkmechanismen von Psychotherapie waren weitgehend unterrepräsentiert. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden war besorgt, durch die Aufklärung über möglichen Risiken und Nebenwirkungen bei Patient*innen Ängste auszulösen. Dies verdeutlicht die klinische Relevanz des Dilemmas zwischen den ethischen Prinzipien des Respekts der Autonomie und der Schadensvermeidung (Wells & Kaptchuk, 2012). Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte berücksichtigt werden, dass Selbstselektionseffekte und Tendenzen sozialer Erwünschtheit durch das Online-Befragungsformat nicht ausgeschlossen werden können. Somit wurde die Anzahl derjenigen Behandelnden, die regelmäßig eine informierte Einwilligung einholen und über Risiken und Nebenwirkungen aufklären, möglicherweise tendenziell eher überschätzt.

Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden war besorgt, durch die Aufklärung über möglichen Risiken und Nebenwirkungen bei Patient*innen Ängste auszulösen.

Für die klinische Praxis ergibt sich nun folgende Frage: Wie kann die Aufklärung über Psychotherapie und spezifisch Risiken und Nebenwirkungen gemäß rechtlichen und ethischen Vorgaben gelingen, ohne Patient*innen zu schaden? Eine Voraussetzung für eine gelungene Behandlungsaufklärung stellt die empirisch-fundierte Wissensbasis von Behandelnden dar. So sollten die rechtlichen und ethischen Grundlagen der informierten Einwilligung für Psychotherapie als fester Bestandteil in der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeut*innen verankert werden. Auch sollten Behandelnde über den möglichen klinischen Mehrwert einer transparenten Behandlungsaufklärung, wie etwa die Förderung positiver Behandlungserwartungen und die Stärkung der therapeutischen Allianz, aufgeklärt werden. Indem Behandelnde positive Behandlungserwartungen von Patient*innen fördern, können erwünschte Placebo-Effekte induziert und somit der Behandlungsverlauf positiv beeinflusst werden (Constantino et al., 2018; Trachsel & grosse Holtforth, 2019). Neben der Wissensvermittlung erscheint von zentraler Bedeutung, die Behandlungsaufklärung auch in Rollenspielen praktisch zu üben. So können Vorbehalte und Ängste von Behandelnden insbesondere bezüglich der Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen überwunden und Sicherheit in der praktischen Durchführung gewonnen werden. Dazu gehört auch der bewusste Einsatz von Gesprächstechniken wie Erwartungsmanagement, Framing und die Individualisierung von Informationen entsprechend der Informationsbedürfnisse von Patient*innen (Barnes et al., 2019; Heisig et al., 2015; Wells & Kaptchuk, 2012). Zudem können Behandelnde ihre Patient*innen durch die Anwendung der Prinzipien der partizipativen Entscheidungsfindung aktiv einbeziehen und professionell unterstützen (Spatz et al., 2016; siehe Abbildung 2).

Gesprächsstrategien

Erwartungsmanagement	1. Berücksichtigung individueller Vorerfahrungen 2. Bewusstes Erfragen von Erwartungen an eine Psychotherapie
Kontextualisierung	1. Berücksichtigung der individuellen Einwilligungsfähigkeit und Informationsbedürfnisse 2. Berücksichtigung persönlicher Lebensumstände
Framing	1. Informationen über Risiken in Informationen zur Wirksamkeit einbetten 2. Gain-Framing (Informationen gewinnorientiert statt verlustorientiert geben)
Partizipative Entscheidungsfindung	1. Aktive Unterstützung bei Entscheidungsfindung 2. Berücksichtigung persönlicher Werte

Abbildung 2: Gesprächsstrategien für die informierte Einwilligung für Psychotherapie

Um gemäß rechtlichen Vorgaben über erwartbare Folgen und Risiken aufzuklären und so Patient*innen eine Abwägung von Vor- und Nachteilen der Behandlung zu ermöglichen, gilt es, nicht nur über mögliche Risiken aufzuklären, sondern dies Hand in Hand mit Information über die Wirksamkeit von Psychotherapie zu tun.



**Seehotel Krautkrämer
Münster**
16. - 17.02.2024
Einführung in die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie - PITT
akkreditiert mit 16 CME

**psyCultus®
Oldenburg**
22. - 23.03.2024
Nicht alle Wunden sind heilbar - Von der Würde des Leidens und das Recht auf Untröstlichkeit
akkreditiert mit 13 CME

**Unsere Fortbildungen:
Ein bisschen wie Urlaub!**

**Sonnenhütte
Insel Baltrum**
12. - 14.04.2024
Therapeutische Wandertüte für psychotherapeutische Gruppenarbeit
beantragt mit ca. 15 CME

**Hotel Birke
Kiel**
25. - 26.10.2024
Einführung in die Psychodynamik - Interventionen der Tiefenpsychologie
beantragt mit ca. 16 CME

Weitere Informationen und Buchungsmöglichkeiten erhalten Sie über das Fortbildungsportal www.smetis.de, oder Sie kontaktieren uns direkt:
Tel.: 0441 390 112 00
Mail: info@psycultus.de
Website: www.psycultus.de



AUS DER PSYCHOTHERAPIE

Um gemäß rechtlichen Vorgaben über erwartbare Folgen und Risiken aufzuklären und so Patient*innen eine Abwägung von Vor- und Nachteilen der Behandlung zu ermöglichen, gilt es, nicht nur über mögliche Risiken aufzuklären, sondern dies Hand in Hand mit Information über die Wirksamkeit von Psychotherapie zu tun (Blease et al., 2018; Nestoriuc et al., 2021). Obwohl Informationen über die empirisch fundierte Wirksamkeit von Psychotherapie essenziell für die Entwicklung positiver Behandlungserwartungen sind, scheinen diese Informationen noch kein fester Bestandteil der Aufklärung über Psychotherapie von Behandelnden in Deutschland zu sein. Wie Informationen zur Wirksamkeit und möglichen Nebenwirkungen von Psychotherapie Patient*innen vermittelt werden können, ist in Abbildung 3 in einem Beispieldialog dargestellt.

Abbildung 3: Exemplarische Aufklärung über die Wirksamkeit und mögliche Nebenwirkungen von Psychotherapie

Beispieldialog

Therapeut*in: „Psychotherapie ist eine empirisch gut untersuchte Behandlungsmethode. Dabei wurde eine hohe Wirksamkeit festgestellt: Bei acht von zehn Patient*innen, die eine Psychotherapie machen, verbessert sich der Gesundheitszustand im Vergleich zu Personen, die keine Psychotherapie erhalten (Bundespsychotherapeutenkammer, 2021). Auch im Vergleich zu anderen medizinischen Behandlungen schneidet die Wirksamkeit der Psychotherapie gut ab. Wie andere wirksame medizinische Behandlungen kann jedoch auch eine psychotherapeutische Behandlung unerwünschte Wirkungen mit sich bringen. Nebenwirkungen treten in der Regel nur übergangsweise auf. Man kann sich dies wie einen Muskelkater nach dem Sport vorstellen: Während der Muskel kurzfristig weh tut, wird er durch das Training langfristig stärker.“

Patient*in: „Aha, ich verstehe. Und was kann ich mir jetzt konkret darunter vorstellen? Mit welchen Nebenwirkungen muss ich denn rechnen, wenn ich eine Psychotherapie beginne?“

Therapeut*in: „Nebenwirkungen von Psychotherapie können ein Zeichen der Wirksamkeit der Behandlung sein. So kann es beispielsweise vorkommen, dass Probleme, die in der Psychotherapie intensiver betrachtet werden, zunächst einmal größer erscheinen und kurzfristig als belastender wahrgenommen werden, bevor sie im Therapieprozess gemeinsam eingeordnet und nachhaltig bearbeitet werden. Auch können sich durch eine Psychotherapie soziale Beziehungen ändern. So kann es vorkommen, dass Patient*innen lernen, in Beziehungen stärker auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten und Grenzen zu setzen. Dadurch können sich zum Beispiel partnerschaftliche Konflikte entwickeln. Wichtig zu wissen ist, dass nur wenige Patient*innen Nebenwirkungen von Psychotherapie erleben und diese in der Regel auch nur kurzfristig auftreten.“

Patient*in: „Hmmm ... meine Beziehung möchte ich natürlich nicht gefährden.“

Therapeut*in: „Das kann ich gut nachvollziehen. Indem Sie nun aber wissen, welche Nebenwirkungen möglich sind, können Sie auf einer informierten Basis eine Entscheidung für oder gegen die Behandlung treffen. Zudem sind Sie und ich nun beide für die Wahrnehmung von unerwünschten Ereignissen im Therapieprozess sensibilisiert, sodass wir schnell darüber ins Gespräch kommen. Wir können dann gemeinsam überlegen, was Sie in so einer Situation konkret tun können. Daher möchte ich Sie gerne dazu einladen, mir offen zurückzumelden, sofern Sie unerwünschte Ereignisse im Therapieprozess wahrnehmen.“

Insgesamt ergeben sich anhand unserer Befragung Hinweise auf eine Lücke zwischen den formalen Standards und der praktischen Umsetzung der informierten Einwilligung für Psychotherapie in Deutschland. Eine gezielte Aufklärung von Behandelnden über die rechtlichen, ethischen und klinischen Grundlagen im Rahmen der Aus- und Weiterbildung könnte zukünftig dazu beitragen, nicht nur die Einhaltung rechtlicher und ethischer Standards der informierten Einwilligung für Psychotherapie zu fördern, sondern über eine formalrechtliche Absicherung hinaus auch das klinische Potenzial der informierten Einwilligung für Psychotherapie zu entfalten.

Eine gezielte Aufklärung von Behandelnden über die rechtlichen, ethischen und klinischen Grundlagen im Rahmen der Aus- und Weiterbildung könnte zukünftig dazu beitragen, über eine formalrechtliche Abklärung hinaus das klinische Potenzial der informierten Einwilligung für Psychotherapie zu fördern.

Danksagung

Wir danken allen Teilnehmenden herzlich für die Unterstützung unserer Studie.

Ethikvotum

Diese Studie wurde im Einklang mit den Grundsätzen der Deklaration von Helsinki durchgeführt und von der lokalen Ethikkommission der Helmut-Schmidt-Universität/Universität der Bundeswehr Hamburg genehmigt (09.06.2021). Alle Teilnehmer*innen gaben ihre schriftliche informierte Einwilligung zur Studienteilnahme.

Erklärung zur Verfügbarkeit der Daten

Die im Rahmen dieser Studie generierten Datensätze stehen für wissenschaftliche Zwecke in dem disziplinären Repository für psychologische Wissenschaft PsychArchives zur Verfügung (<https://t1p.de/dxrx6>).



Dr. phil. Leonie Gerke

M. Sc. Psych. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Helmut-Schmidt-Universität Hamburg.



Dr. rer. biol. hum. Ann-Katrin Meyrose

M. Sc. Psych. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Helmut-Schmidt-Universität Hamburg.



Univ.-Prof. Dr. Yvonne Nestoriuc

Dipl.-Psych., Professorin für Klinische Psychologie an der Helmut-Schmidt-Universität Hamburg und Gastprofessorin am Institut für Systemische Neurowissenschaften am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Approbierte Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin.



Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapieaktuell.de.



Kümmern Sie sich um den Kern Ihrer Arbeit.

Die Praxissoftware psyx kümmert sich um das Drumherum.

Mehr erfahren: psyx.medatixx.de



Kurz gefasst

Patient*innen mit BPS und PTBS leiden unter einer besonders hohen Symptomlast und einer stark reduzierten Lebensqualität. Sowohl traumafokussierte Therapie (TFT) als auch BPS-spezifische Therapie können Linderung verschaffen, jedoch für individuelle Patient*innen in unterschiedlichem Ausmaß. Kombinierte Behandlungsangebote sind ressourcenintensiv und rar. Die vorliegende Studie demonstriert, wie neue statistische Verfahren genutzt werden könnten, um die für eine Patientin mit beiden Erkrankungen beste Behandlung zu schätzen. Daten einer randomisiert kontrollierten Studie (RCT) wurden genutzt, um Vorhersagemodelle des Behandlungserfolgs einer an die Dialektisch-Behaviorale Therapie angelehnte Behandlung (DBT-bt) oder einer Narrativen Expositionstherapie (NET) zu entwickeln. Patientinnen wurden als optimal behandelt betrachtet, wenn die Behandlung, die sie erhielten, eine bessere Prognose als die Behandlung hatte, die sie nicht bekommen hatten. Es gab bedeutsame Unterschiede in den Effektstärken der Behandlung zwischen optimal und nicht-optimal behandelten Patientinnen, die bei den mit NET behandelten Patientinnen besonders groß waren.

Jakob Blaß

Personalisierte Behandlung von BPS und PTBS

Um die Behandlung von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) zu optimieren, könnten Machine-Learning-Algorithmen hilfreich sein.

Viele Menschen mit BPS haben traumatische Ereignisse überlebt. Etwa 30 % aller BPS-Patientinnen erfüllen die Kriterien für eine PTBS (Pagura et al., 2010). Die Komorbidität erhöht die Symptombelastung beider Störungen (Scheiderer et al., 2015) und macht eine Remission der BPS unwahrscheinlicher (Bohus & Schmahl, 2007). Um diese komplexe Komorbidität zu behandeln, sind Programme entwickelt worden, die Behandlungsansätze für BPS und PTBS vereinen (z. B. Bohus et al., 2013). Diese Programme starten mit Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT; Linehan, 1993), um schwer selbstschädigende Verhaltensmuster zu reduzieren, und ergänzen nachfolgend TFT, zum Teil mit DBT-Strategien zur Traumabewältigung. Mehrere RCTs belegen die Wirksamkeit und Überlegenheit dieser Programme in dieser schwer betroffenen Patient*innengruppe (z. B. Bohus et al., 2020; Harned et al., 2014). In den letzten Jahren ist wiederholt hinterfragt worden, ob eine stabilisierende Phase vor der Traumakonfrontation nötig und sinnvoll ist (De Jongh et al., 2016). Tatsächlich zeigen erste Studien, dass TFT in dieser Patient*innengruppe auch ohne vorherige Stabilisierung auch komplexe traumaassoziierte Symptome reduzieren kann (z. B. Hoeboer et al., 2021). Ebenso kann auch eine DBT-Behandlung Symptome beider Störungen reduzieren (Masland et al., 2019). Ein erster RCT (Steuwe et al., 2021) verglich daher die Effektivität einer DBT-basierten Behandlung (DBT-bt) mit der NET (Schauer et al., 2011), einer Form der TFT, in einer Stichprobe von Patientinnen mit BPS und PTBS. Obwohl die gemittelte Reduktion von BPS- und PTBS-Symptomen in beiden Behandlungen nicht signifikant verschieden war, kam es nach NET bedeutend häufiger zu einer Remission von der PTBS, die in 100 % der Fälle auch mit einer Remission von der BPS einherging. Die Varianz des

Behandlungsergebnisses in der NET-Gruppe war deutlich größer als in der DBT-bt-Gruppe: Es gab hier auch Patient*innen, die nicht profitieren konnten, einige verschlechterten sich sogar. Dies passt zu früheren Forschungsergebnissen, die zeigen, dass TFTs nicht bei allen Patient*innen gleich gut wirken (Steenkamp et al., 2015).

Es schließt sich die Frage an, unter welchen Bedingungen Patient*innen besonders von NET profitieren und welche Patient*innen zunächst mit DBT behandelt werden sollten. Der Personalized Advantage Index (PAI; Cohen & Derubeis, 2018) ist ein Ansatz, der solche personalisierten Behandlungsentscheidungen ermöglichen soll. Diese Entscheidung basiert auf individuellen Vorhersagen des Behandlungserfolgs in zwei oder mehr Behandlungen. Üblicherweise werden Machine-Learning-(ML)-Algorithmen genutzt, um Prädiktoren des Erfolgs in allen Bedingungen explorativ zu bestimmen, zum Beispiel in einer sekundären Analyse von RCT-Daten. Die Differenz zweier vorhergesagter Behandlungsergebnisse entspricht dem PAI. Das Vorzeichen des PAIs (negativ oder positiv) kann zeigen, ob Patient*innen die für sie optimale oder nicht-optimale Behandlung erhalten hatten. In einem letzten Schritt werden in der Regel die tatsächlichen Behandlungsergebnisse von „optimal“ und „nicht-optimal“ behandelten Patientinnen verglichen, um den Nutzen einer personalisierten Zuweisung schätzen zu können. Erste Studien zeigten den möglichen Nutzen PAI-basierter Zuordnungen in der Behandlung sowohl der BPS als auch der PTBS (z. B. Hoeboer, Oprel, et al., 2021; Keefe et al., 2020). Eine solche Analyse in einem Vergleich von traumafokussierter oder BPS-spezifischer Behandlung bei Patientinnen mit beiden Störungen existiert bisher nicht.

Die vorliegende Untersuchung

Die vorliegende Arbeit stellt eine Sekundäranalyse der RCT-Daten von Steuwe et al. (2021) dar, für die die PAI-Methode angewandt wurde. Die Hauptfragestellung war dabei, ob eine personalisierte Zuweisung zu NET oder DBT-bt gelingt (Proof-of-Concept), die Behandlung von BPS-PTBS-Patientinnen verbessern könnte und unter welchen Bedingungen NET, also eine TFT, für diese Patientinnen am vielversprechendsten ist. Die Intention-to-Treat-Stichprobe der Studie umfasste 58 weibliche Patientinnen zwischen 18 und 65 ($M = 31,02$; $SD = 9,13$) Jahren, die sowohl die Kriterien der BPS als auch der PTBS erfüllten. Es wurden nur Patientinnen mit schwerer PTBS-Symptomatik und erfolgloser ambulanter Vorbehandlung der BPS in die Studie aufgenommen. Selbstverletzungen ohne suizidale Absicht waren kein Ausschlusskriterium für die Studienteilnahme. Nähere Details zu den Ein- und Ausschlusskriterien können bei Steuwe et al. (2021) eingesehen werden. Je 29 Patientinnen wurden randomisiert einer Behandlung mit NET¹ oder DBT-bt² zugewiesen. Um das gesamte klinische Bild der Patientinnen zu erfassen, wurde ein kombiniertes Maß von BPS- und PTBS-Symptomen³ als Outcome für die Vorhersagemodelle genutzt. Alle im Datensatz enthaltenen Patientinnencharakteristika, die vor der Behandlung erhoben wurden, wurden als mögliche Prädiktorvariablen in Betracht gezogen. Hierbei handelte es sich um 59 verschiedene soziodemographische und klinische Variablen. Nachdem fehlende Datenpunkte imputiert⁴ wurden, wurden zwei Algorithmen⁵ nacheinander angewandt, um die besten Prädiktoren für die Verbesserung der kombinierten BPS-PTBS-Symptomatik zu ermitteln. Diese Prädiktoren ermöglichten es, Vorhersagen der Behandlungsergebnisse für jede Patientin in beiden Behandlungen zu errechnen⁶. Die Differenz dieser Vorhersagen bildete den PAI⁷ auf dessen Grundlage anschließend optimal und nicht-optimal behandelte Patientinnen miteinander verglichen wurden.

¹ Die NET (Schauer et al., 2011) beginnt mit einer Psychoedukation über traumatische Erfahrungen, deren psychologischen Folgen und Behandlungen dieser. Anschließend wird ein Narrativ des ganzen Lebens der Patientinnen erstellt, inklusive aller belastenden aber auch angenehmen Erlebnissen. Traumatische Erfahrungen werden dabei in großem Detail im Sinne einer Traumakonfrontation in sensu exponiert. Die lebensgeschichtliche Perspektive soll über die Habituation an belastende Erinnerungen hinaus zu einer Verortung der teils fragmentierten Erinnerung an die traumatischen Ereignisse innerhalb des autobiographischen Kontextes führen. So kann eine Vielzahl unterschiedlicher traumatischer Erfahrungen behandelt werden, die bei BPS-Patientinnen häufig ist (Bozzatello et al., 2021). Nach der Expositionsphase können kognitive Techniken zum Einsatz kommen und traumassoziierte dysfunktionale Kognitionen sowie Scham und Schuld zu bearbeiten.

Ergebnisse und Diskussion

Die vorliegende Untersuchung ging der Frage nach, ob die Behandlung von Patient*innen mit BPS und PTBS durch eine personalisierte Zuweisung zu NET oder DBT-bt verbessert werden könnte. Die Identifikation optimal behandelter Patientinnen über den statistischen Algorithmus gelang. Dem PAI zufolge wurden per Randomisierung je 14 Patientinnen zu ihrer optimalen und 15 Patientinnen zu ihrer nicht-optimalen Behandlung zugeordnet (in beiden Gruppen gleich).

Über beide Behandlungsgruppen hinweg zeigten optimal behandelte versus nicht optimal behandelte Patientinnen größere Reduktionen der BPS-Symptome ($d = .95$) und PTBS-Symptome ($d = .77$). (Tabelle 1)

Optimal behandelte Patientinnen hatten zudem eine 2,6-fach höhere Chance auf reliable Verbesserungen in der PTBS-Symptomatik als nicht-optimal behandelte Patientinnen. Zwischen den Behandlungsbedingungen zeigten sich Unterschiede in der Stärke der Differenz zwischen optimal und nicht-optimal behandelten Patientinnen. In der DBT-bt-Gruppe gab es nur einen kleinen Unterschied in der Verbesserung der PTBS-Symptomatik zwischen optimal und nicht-optimal

behandelten Patientinnen ($d = .28$). In der NET-Gruppe waren diese Unterschiede dagegen groß ($d = 1.26$). Nicht optimal mit NET behandelte Patientinnen profitierten kaum, optimal behandelte Patientinnen dagegen sehr stark. Optimal mit NET behandelte Patientinnen profitierten beinahe doppelt so stark wie optimal mit DBT-bt behandelte Patientinnen. So hatte eine optimale Zuordnung in der NET-Gruppe einen mehr als dreifach größeren Einfluss auf die Chance auf reliable Verbesserung der PTBS-Symptomatik als in der DBT-bt-Gruppe. Dementsprechend ergab sich in einer zwei-faktoriellen Varianzanalyse ein Interaktionseffekt mittlerer Größe zwischen PAI-Zuordnung und Behandlung auf die PTBS-Symptomatik ($\eta^2 = .07$). Die Effekte der PAI-Zuordnung auf die BPS-Symptomatik waren in beiden Behandlungsgruppen groß (NET: $d = 1.07$; DBT-bt: $d = .83$). Der Interaktionseffekt zwischen PAI-Zuordnung und Behandlung auf die BPS-Symptomatik war daher klein ($\eta^2 = .01$). Das deutet daraufhin, dass eine optimale Zuordnung zu einer Behandlung einen bedeutsamen Nutzen für die Behandlung von BPS-Symptomen haben könnte, welcher sich aber nicht zwischen den Behandlungen unterscheidet. (Abbildung 1)

Die Komorbidität erhöht die Symptombelastung beider Störungen und macht eine Remission der BPS unwahrscheinlicher.

² Die DBT-bt-Behandlung bestand entsprechend der Dialektisch-Behavioralen Therapie (Linehan, 1993) aus Einzel- und Gruppentherapie (Skillstraining). Patientinnen lernen in dieser Behandlungsform dysfunktionale Verhaltensweisen zu reduzieren und funktionale Emotionsregulationsstrategien sowie zwischenmenschliche Fertigkeiten aufzubauen zu ersetzen. Grundlegend für die Behandlung ist der gleichzeitige Einsatz von Akzeptanz- und Problemlösestrategien.

³ BPS-Symptome wurden als Summe der erfüllten Symptome im SCID-II Interview (Wittchen et al., 1997) gemessen. PTBS-Symptome wurden mit dem CAPS-Interview (Schnyder & Moergeli, 2002) erhoben. Für das kombinierte Maß wurde die standardisierte Differenz der jeweiligen Symptome zwischen Behandlungsbeginn und dem 12-Monat-follow-up addiert und dann durch zwei geteilt.

⁴ Die Imputation erfolgte mit dem auf Random Forest basierten Algorithmus missForest (Stekhoven & Bühlmann, 2012).

⁵ In einem ersten Schritt wurde der Boruta-Algorithmus (Kursa & Rudnicki, 2010) genutzt, um aus allen möglichen Prädiktoren eine Vorauswahl zu treffen. Boruta vergleicht die Vorhersageleistung von Prädiktoren mit der Vorhersage durch zufällig erstellte Prädiktoren in einem Random Forest und wählt nur die Prädiktoren als nützlich aus, die bessere Vorhersagen erlauben als der beste zufällig erstellte Prädiktor. Um Overfitting der finalen Modelle zu vermeiden und sicherzustellen, dass ausschließlich lineare Zusammenhänge in der Vorhersage berücksichtigt wurden, wurden die von Boruta ausgewählten Prädiktoren in einem zweiten Schritt dem bootStepAIC-Algorithmus (Austin & Tu, 2004) übergeben. Dieser prüft mithilfe einer Backward-Elimination, welche Prädiktoren über 10.000 Bootstrap-Stichproben hinweg stabile Vorhersagen ermöglichen.

⁶ Wenn dieselben Daten genutzt werden, um Vorhersagemodelle zu entwickeln und zu evaluieren spricht man von „double dipping“. Um die Gefahr einer Verzerrung der Ergebnisse zu reduzieren, wurden bei der Vorhersage der Ergebnisse einer Behandlung, die eine Patientin tatsächlich bekommen hatte, alle Daten außer der dieser Patientin genutzt. Dieses Vorgehen ist auch als „leave-one-out cross-validation“ bekannt.

⁷ PAI = Vorhersage nach NET – Vorhersage nach DBT-bt. PAI-Werte mit positivem Vorzeichen implizieren, dass NET die optimale Behandlung gewesen wäre. Negative Vorzeichen zeigen DBT-bt als optimale Behandlung an.

Tabelle 1:
Mittelwertsunterschiede zwischen optimal und nicht optimal behandelten Patientinnen

Kriterium	Stichprobe	Mittelwert nicht-optimal	Mittelwert optimal	Cohens d [95 % CI]
PTBS Symptome	gesamt	8.21	27.07	.77 [.21; 1.32]
	NET	3.82	35.40	1.26 [.38; 2.10]
	DBT-bt	12.61	18.74	.28 [-.46; 1.01]
BPS Symptome	gesamt	1.39	3.30	.95 [.38; 1.52]
	NET	1.17	3.41	1.07 [.23; 1.88]
	DBT-bt	1.61	3.20	.83 [.03; 1.61]
Kriterium	Stichprobe	Anzahl nicht-optimal	Anzahl optimal	OR [95 % CI]
PTBS reliable Verbesserung	gesamt	9	15	2.69 [0.93; 8.17]
	NET	5	10	5.00 [1.09; 26.97]
	DBT-bt	4	5	1.53 [0.31; 7.88]

Abkürzungen:
 PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung
 BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung
 NET = Narrative Expositionstherapie
 DBT-bt = Dialektisch-Behaviorale Therapie – based treatment

In den letzten Jahren ist wiederholt hinterfragt worden, ob eine stabilisierende Phase vor Traumakonfrontation nötig und sinnvoll ist.

Interaktion zwischen (nicht-)optimaler Zuweisung und Behandlung

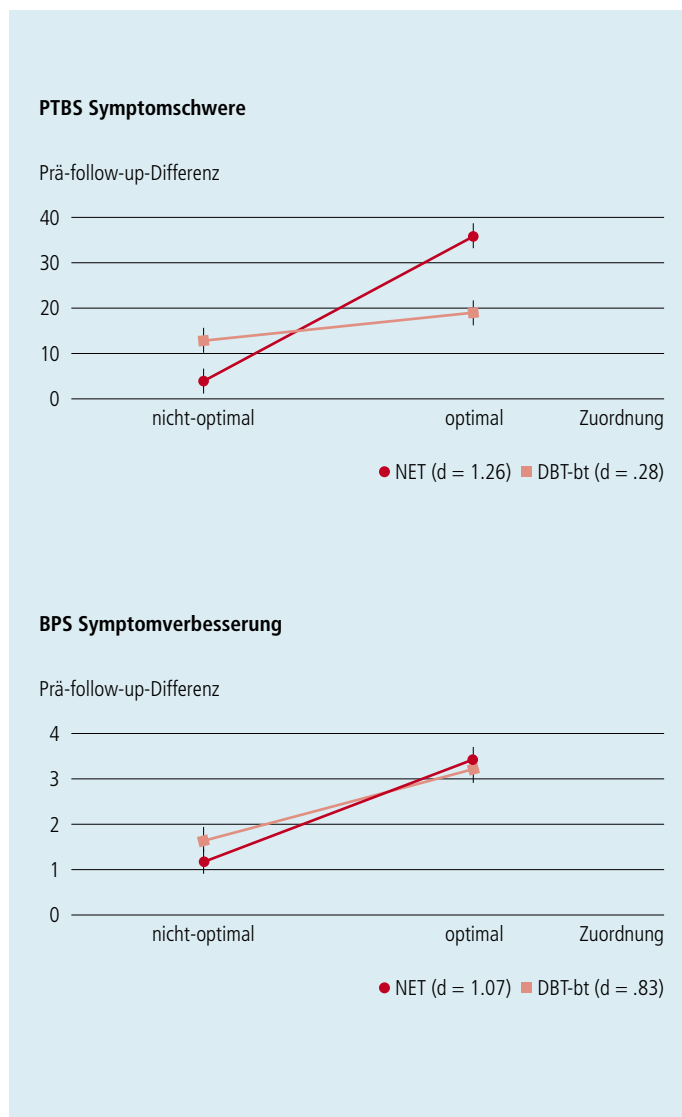


Abbildung 1:
 Abkürzungen:
 PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung
 BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung

AUS DER PSYCHOTHERAPIE

Diese Ergebnisse unterstreichen den möglichen Nutzen, den eine Personalisierung von Behandlung anhand statistischer Vorhersagen haben könnte und reihen sich damit in bisherige Ergebnisse aus anderen Stichproben ein. Beispielsweise fanden Deisenhofer et al. (2018) und Hoeboer et al. (2021) Hinweise darauf, dass PTBS-Patient*innen, die eine gemäß PAI optimale Behandlung bekamen, mit kleinen bis mittleren Effekten bessere Behandlungsergebnisse hatten als Patient*innen, die eine nicht-optimale Behandlung bekamen. Mit ähnlichen Effektstärken deutet eine Analyse von Keefe et al. (2020) darauf hin, dass eine PAI-basierte Zuordnung von BPS-Patient*innen nützlich sein könnte. Dass in der vorliegenden Analyse mittlere bis große Effektstärken ermittelt wurden, könnte ein Hinweis darauf sein, dass Personalisierung mithilfe statistischer Vorhersagen gerade bei komplexen und schwer kranken Patient*innen mit komorbiden Diagnosen besonders vielversprechend sein könnte.

Dem PAI zugrunde liegt die Auswahl relevanter Prädiktoren zur präzisen Vorhersage des Behandlungsergebnisses, die im Folgenden beschrieben werden. Es ergaben sich größtenteils unterschiedliche Prädiktoren des Behandlungserfolgs in beiden Behandlungsgruppen. Bei NET zeigte sich, dass Patientinnen, die Vollzeit berufstätig waren, keine der beiden Behandlungen präferierten, über eine bessere Affektregulierung und eine höhere körperliche Lebensqualität berichteten, bessere Behandlungsergebnisse nach der Therapie hatten. Ein vergleichsweise höheres Einkommen, die Nicht-Einnahme von Antidepressiva, weniger Autoaggressivität, mehr phobische Ängste und mehr selbstberichtete körperliche Vernachlässigung in der Kindheit sagten ein besseres Behandlungsergebnis nach DBT-bt voraus. (Tabelle 2)

Einige Prädiktoren werden in der bestehenden Literatur bereits erwähnt, wie zum Beispiel Berufstätigkeit, körper-bezogene Lebensqualität, Autoaggressivität, Kindesmisshandlung (Deisenhofer et al., 2018; Herzog et al., 2020, 2021; Hoeboer, Oprel, et al., 2021; Keefe et al., 2020). Bezüglich anderer Prädiktoren (zum Beispiel phobische Symptome, Affektregulation) gibt es bisher keine eindeutige Befundlage (Bohus et al., 2004; Hoeboer, Oprel, et al., 2021; Karatzias et al., 2019; Rüsçh et al., 2008). Aufgrund der geringen Stichprobengröße können diese Ergebnisse noch nicht der klinischen Entscheidungsfindung dienen. Als weitere methodische Limitation ist zu nennen, dass im Verlauf von Imputation, Prädiktorauswahl und Modellschätzung, Vorhersagemodelle in immer denselben Daten generiert wurden. Hinzu kommt die fehlende Trennung von „Training“-Daten und „Test“-Daten, wie sie zur Validierung der Vorhersagemodelle nötig gewesen wäre. Die geringe Stichprobengröße führte auch dazu, dass beim Vergleich optimal und nicht-optimal behandelte Patientinnen, die Interpretation an Effektstärken und weniger an kritischen Signifikanzniveaus orientiert war. Replikationen und externe Validierung in größeren Stichproben sind daher unbedingt erforderlich, bevor Implikationen für die Praxis abgeleitet werden können.

Erste Studien zeigten den möglichen Nutzen PAI-basierter Zuordnungen in der Behandlung sowohl der BPS als auch der PTBS.

Tabelle 2: Lineare Modelle zur Vorhersage der kombinierten Symptomveränderung in beiden Behandlungen

NET	Gewicht	SE	t	p
Vollzeitanstellung	0.99	0.35	2.82	.009
Keine der Behandlungen präferieren	0.82	0.26	3.18	.004
Affektregulation (BSL)	-0.49	0.20	-2.48	.021
Körperliche Lebensqualität (WHOQOL)	0.11	0.06	1.74	.095
Adj. R ² = .59, F (4, 24) = 11.14, p < .001				
DBT-bt	Gewicht	SE	t	p
Einkommen zwischen 1.500 € und 3.000 €	0.98	0.25	3.99	< .001
Antidepressive Medikamente	-0.69	0.22	-3.14	.005
Autoaggression (BSL)	-0.16	0.13	-1.25	.222
Phobische Symptome (SCL)	0.04	0.01	3.09	.005
Körperliche Vernachlässigung (CTQ)	0.02	0.02	1.02	.321
Adj. R ² = .63, F (5, 23) = 10.55, p < .001				

Abkürzungen:
 NET = Narrative Expositionstherapie
 DBT-bt = Dialektische Behaviorale Therapie – based treatment
 BSL = Borderline Symptom List
 WHOQOL = World Health Organisation Quality of Life
 SCL = Symptom Checklist 90 revised
 CTQ = Childhood Trauma Questionnaire

tomedo® für Psychotherapeut:innen

Praxissoftware für Mac, iPhone & iPad

- ✓ Schnell, stabil, zuverlässig
- ✓ Papierfreie Praxis
- ✓ Automatische Diagnostik
- ✓ Stundenprotokolle auf dem iPad
- ✓ Sehr guter Support
- ✓ Faire Kündigungsfristen

„Ich bin von tomedo® total begeistert. Der Arbeitsalltag in meiner psychiatrischen Praxis ist seit der Umstellung extrem effizient. Selbst die umfangreiche Dokumentationspflicht macht mit tomedo® Spaß.“

DR. MOUAYAD ENJAIEH
FA für Psychiatrie und Psychotherapie in Neu-Ulm

Jetzt selbst überzeugen:



Zusammenfassung

Die Behandlungsergebnisse von NET- und DBT-Behandlungen ließen sich mithilfe bestimmter Patientinnencharakteristika vor Behandlungsbeginn vorhersagen. Diese Vorhersagen erlaubten eine Schätzung, welche Behandlung für Patientinnen optimal oder nicht-optimal war. Es zeigten sich bedeutsame Unterschiede in der tatsächlichen Symptomreduktion zwischen optimal und nicht-optimal behandelten Patientinnen. Die Ergebnisse zeigen, dass eine personalisierte Zuordnung von BPS-PTBS-Patientinnen zu DBT oder TFT einen deutlichen Nutzen haben könnte. Es gab zudem starke Hinweise darauf, dass eine optimale Zuordnung vor allem in der NET-Gruppe nützlich war, wenn auch vor allem bezüglich der PTBS-Symptomreduktion. Um nachhaltige klinische Verbesserungen für Patientinnen mit BPS und PTBS zu erzielen, scheint die Behandlung von PTBS-Symptomen von besonderer Bedeutung zu sein (Bohus et al., 2013; Harned et al., 2018; Steuwe et al., 2021).

Die vorliegende Arbeit ist als eine Proof-of-Concept-Arbeit zu verstehen, die zeigt, wie eine Personalisierung von Behandlungsentscheidungen in Zukunft ermöglicht werden könnte. Insbesondere bei Komorbiditäten könnte eine personalisierte Zuweisung mithilfe von ML-Methoden die psychotherapeutische Behandlung verbessern. Auch in der klinischen Praxis könnten so zukünftig Patientinnen identifiziert werden, die mit TFTs optimal behandelt werden können.

Danksagung

Ich möchte Carolin Steuwe und Benjamin Iffland herzlich für Ihre Unterstützung und Beratung danken, ohne die diese Arbeit nicht hätte zustande kommen können.

Eine personalisierte Zuordnung von BPS-PTBS-Patientinnen zu DBT oder TFT könnte einen deutlichen Nutzen haben.



Jakob Blaß

M. Sc. Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung, tätig als klinischer Psychologe und als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Forschungsabteilung an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des EvKB in Bielefeld.



Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapieaktuell.de.

Philipp Stang, Daniela Rico-Dresel

Wie wirkt ein verkürztes, achtsamkeitsbasiertes Gruppentraining auf die Lebenszufriedenheit?

Durchführung eines vierwöchigen MBSR-Gruppenkurses und Messung des Einflusses auf die Lebenszufriedenheit der Teilnehmenden im Vergleich zu einer Kontrollgruppe.

Das Konzept der Achtsamkeit gewinnt in den letzten Jahrzehnten stetig an Interesse aufgrund der vielseitigen, positiven Effekte. Zahlreiche Quellen bestätigen zum Beispiel den positiven Zusammenhang von Achtsamkeit auf die Lebenszufriedenheit. Aufbauend auf der Studie von Demarzo und Kollegen (2017), in welcher eine vierwöchige

Es besteht eine negative Korrelation von Stress und Lebenszufriedenheit.

achtsamkeitsbasierte Intervention eine ähnliche Wirksamkeit wie

das achtwöchige Mindfulness Based Stress Reduction Training aufzeigte, wurde bei Stang und Rico-Dresel (2023) das Gruppentraining gestaltet und die Veränderung der Lebenszufriedenheit erfasst.

Der Einfluss von Stress und Lebenszufriedenheit wurde mehrfach wissenschaftlich untersucht. Es besteht eine negative Korrelation von Stress und Lebenszufriedenheit. Empirische Befunde bestätigen, dass sich sowohl Stress (Bertram, Nübling & Brauchle, 2014; López-Gómez et al., 2020; Mauss et al., 2015) als auch die psychischen und physischen, durch Stress ausgelösten Beeinträchtigungen negativ auf die Lebenszufriedenheit beziehungsweise auf das subjektive Wohlbefinden auswirken (Lee & Browne, 2008).

In diesem Kontext ist naheliegend, dass das Konzept der Achtsamkeit in den letzten Jahrzehnten stetig an Interesse aufgrund der vielseitigen, positiven Effekte gewann (Kabat-Zinn, 2019; Lehrhaupt & Meibert, 2010; Li & Li 2020; Michalak et al., 2008; Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006). Zahlreiche Quellen bestätigen positive Effekte von Achtsamkeit (Dirzyte et al., 2022; Lehrhaupt & Meibert, 2010; Méndez Prado & Rosado Anastacio, 2018; Shapiro et al., 2006). Die empirischen Befunde zeigten zudem positive Zusammenhänge zwischen Achtsamkeit und höherem Selbstwertgefühl (Brown & Ryan, 2003), Stärkung der Immunität (Davidson et al., 2003; Jiang et al., 2021), Selbstwirksamkeit und positiven Emotionen (Trousselard et al., 2010), höherem Arbeitsengagement (Kotzé, 2018; Malinowski & Lim, 2015) sowie Arbeitszufriedenheit und Arbeitsleistung (Reb, Narayanan & Ho, 2015). Zudem wurde Achtsamkeit auch als ein Mediator für die Lebenszufriedenheit identifiziert (Dirzyte, Patapas & Perminas, 2022). Achtsamkeit korreliert zudem mit Faktoren, welche als Maße für das subjektive Wohlbefinden betrachtet werden (Trousselard et al., 2010; Weinstein et al., 2009).

In den letzten Jahrzehnten gewinnt das Konzept der Achtsamkeit stetig an Interesse aufgrund der vielseitigen, positiven Effekte.

Der Bedarf nach einer Methode, um einen gesundheitsförderlichen Umgang mit persönlichem Stress zu finden, wächst nicht zuletzt durch die aufgezeigten Befunde des aktuellen Forschungsstandes weiter an (Demarzo et al., 2017; Kabat-Zinn, 2019).



Kurz gefasst

Im Rahmen eines Hochschulseminars wurde die Wirkung eines vierwöchigen achtsamkeitsbasierten Trainings auf die Lebenszufriedenheit untersucht. Die insgesamt 120 Proband*innen unterteilten sich in eine Experimentalgruppe ($n = 80$) und eine Kontrollgruppe ($n = 40$), welche zu zwei Messzeitpunkten jeweils einen Fragebogen über ihre Achtsamkeitsfähigkeit und Lebenszufriedenheit ausfüllten. Es zeigte sich, dass die Achtsamkeitsfähigkeit der Experimentalgruppe nach dem Training anstieg und sich signifikant ($p = .05$) sowohl vom ersten Messzeitpunkt als auch von der Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten unterschied. Ebenso verhielt es sich mit der Lebenszufriedenheit, die mit der Multi-Item-Skala des FLZ gemessen wurde.

Forschungsansatz, Datenerhebung und Auswertungsmethode

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde sich bei Stang und Rico-Dresel (2023) für ein Forschungsdesign einer quantitativen Längsschnittstudie mit zwei Messzeitpunkten entschieden. Aufbauend auf der Studie von Demarzo und Kollegen (2017), in welcher eine vierwöchige achtsamkeitsbasierte Intervention eine ähnliche Wirksamkeit wie das achtwöchige Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) Training (Kabat-Zinn, 2019) aufzeigte, wurde das Training der Studie von Stang und Rico-Dresel (2023) gestaltet. Als Instrumente wurden die Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS) (Michalak et al., 2011), der Fragebogen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit (FLZ) (Fahrenberg et al., 2000) und die Kurzskala Lebenszufriedenheit-1 (L-1) (Beierlein, Kovaleva, László, Kemper & Rammstedt, 2014) eingesetzt. Die zwei verschiedenen Instrumente zur Erhebung der Variable Lebenszufriedenheit ergab sich aus den unterschiedlichen Operationalisierungen des Konstrukts Lebenszufriedenheit der Fragebögen sowie dem Einsatz als Datenerhebungsinstrumente in bisherigen Studien. Die Datenauswertung erfolgte mit SPSS. Es wurden neben der deskriptiven Statistik als inferenzstatistische Verfahren abhängige und unabhängige t-Tests sowie mixed ANOVAs berechnet.

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Experimental- und Kontrollgruppe hinsichtlich der abhängigen Variablen vor und nach dem Training (Stang und Rico-Dresel, 2023)

	EG (N = 80)		KG (N = 40)	
	T1 Mean (SD)	T2 Mean (SD)	T1 Mean (SD)	T2 Mean (SD)
MAAS	3.88 (0.68)	4.04 (0.69)***	3.79 (0.68)	3.74 (0.86)
FLZ	5.23 (0.60)	5.35 (0.64)***	5.06 (0.62)	4.99 (0.72)
Gesundheit	5.21 (0.93)	5.41 (1.0)**	4.81 (1.18)	4.66 (1.38)
Finanzielle Lage	5.44 (0.87)	5.47 (0.87)	5.17 (1.11)	5.11 (1.04)
Freizeit	4.89 (1.11)	5.02 (1.14)	4.58 (1.17)	4.50 (1.27)
Eigene Person	5.31 (0.93)	5.43 (0.92)**	4.92 (0.88)	5.01 (0.77)
Sexualität	5.04 (0.92)	5.18 (0.97)**	5.00 (1.01)	4.91 (1.02)
Freunde	5.01 (0.81)	5.09 (0.84)	5.19 (0.73)	5.09 (0.88)
Wohnung	5.69 (0.82)	5.86 (0.81)**	5.76 (0.79)	5.65 (0.80)*
L-1	7.34 (1.75)	7.46 (1.66)	7.45 (1.36)	7.48 (1.30)

Anmerkung. * p < .05; ** p < .01; *** p < .001.

Ergebnisse

Als Stichprobe wurden eine Experimentalgruppe (EG) von 80 Proband*innen und eine Kontrollgruppe (KG) von 40 Proband*innen befragt. Unabhängige t-Tests zeigen, dass sich EG und KG zu T1 nicht signifikant in ihrer Ausprägung der abhängigen Variablen oder den meisten FLZ-Subskalen unterscheiden. Zum Messzeitpunkt T2 unterscheiden sich EG und KG hinsichtlich Achtsamkeitsfähigkeit und Lebenszufriedenheit nach FLZ signifikant. Für die Lebenszufriedenheit nach L-1 wurden auch zu T2 keine Unterschiede festgestellt. Die meisten der FLZ-Subskalen unterscheiden sich signifikant zwischen EG und KG zu T2. Gepaarte t-Tests zeigten signifikante Unterschiede der EG zwischen T1 und T2 für Achtsamkeit und Lebenszufriedenheit nach FLZ, die meisten FLZ-Subskalen und nicht für Lebenszufriedenheit nach L-1. Die Subskala Sexualität stieg in der Experimentalgruppe signifikant an. Innerhalb der KG wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt. Diese Ergebnisse der EG und KG sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

Diskussion

Bei Betrachtung von Teilbereichen der Lebenszufriedenheit zeigte sich, dass die Bereiche Gesundheit und eigene Person stärker durch das Training beeinflusst waren als andere Bereiche. Generell erhöhten sich alle Mittelwerte der Experimentalgruppe. Hingegen verringerten sich nahezu alle Mittelwerte der Kontrollgruppe. Hypothesen hierzu gehen in die Richtung, dass der berufliche Alltag und die Homeoffice-Situation der Coronapandemie sowie die Bewusstwerdung eigener Belastungen durch die Untersuchungsinstrumente hierbei eine zentrale Rolle spielten. Es wird vermutet, dass das achtsamkeitsbasierte Training der Experimentalgruppe in diesem Zusammenhang einen präventiven Effekt auf das Absinken der Lebenszufriedenheit in der Studie hatte.

Die Studie von Stang und Rico-Dresel (2023) liefert wichtige Erkenntnisse über die Wirksamkeit eines verkürzten MBSR-Kurses auf Achtsamkeitsfähigkeit und Lebenszufriedenheit der Teilnehmenden. Der Einsatz von zwei Instrumenten mit unterschiedlicher Operationalisierung des Konstrukts Lebenszufriedenheit hat sich als gewinnbringend herausgestellt. Die Lebenszufriedenheit wurde sowohl durch den FLZ als auch die L-1-Skala erfasst. Es wurde vermutet, dass das Absolvieren des Trainings sowohl höhere Werte der Achtsamkeitsfähigkeit als auch ihrer Lebenszufriedenheit, verglichen mit den Ausprägungen vor der Intervention, als auch im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ergeben würde. Es konnten signifikante Effekte des Trainings auf die Achtsamkeitsfähigkeit und Lebenszufriedenheit nach FLZ festgestellt werden. Diese Ergebnisse sind konsistent mit der empirischen Forschung (Demarzo et al., 2017; Dirzyte et al., 2022). Zudem stieg auch die Ausprägung der FLZ-Subskala



Prof. Dr. Philipp Stang

M. Sc., M. A. mult. Als approbierter Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sowie Sexualtherapeut (DGfS) arbeitet Philipp Stang unter anderem in eigener Praxis, lehrt und forscht an der SRH Wilhelm Löhe Hochschule sowie als affilierter Universitätsforscher der UMIT Tirol mit den Schwerpunkten in der Klinischen Psychologie sowie der Sexualwissenschaft.



Daniela Rico-Dresel

M. Sc., Daniela Rico-Dresel war in verschiedenen Kindergärten, Einrichtungen für Menschen mit Demenzerkrankungen, in einer psychotherapeutischen Praxis im Bereich der Diagnostik sowie im Kontext der Arbeits- und Organisationspsychologie mit Schwerpunkt Potenzialentwicklung tätig. Derzeit befindet sie sich in der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und ist als Psychologin und externe Lehrbeauftragte tätig, unter anderem in den Bereichen Gesundheitspsychologie und Prävention an der SRH Wilhelm Löhe Hochschule Fürth.

Seien Sie nicht allein!

Interventionsgruppen finden und organisieren



Exklusiv für Psychotherapeut:innen und PiA

- ✓ KBV-zertifizierte Videosprechstunde
- ✓ bestehende Gruppen finden
- ✓ neue Gruppen gründen
- ✓ einfach vernetzen
- ✓ kostenfrei
- ✓ sicher



▶ Jetzt kostenfrei testen!

▶ [interventionsportal.de](https://www.interventionsportal.de)



INTERVISIONSPORTAL
Seien Sie nicht allein!

Sexualität signifikant von Messzeitpunkt T1 zum Messzeitpunkt T2 in der EG an ($p < 0.01$).

Die Ausprägung der Lebenszufriedenheit nach L-1 unterschied sich zu keinem Zeitpunkt signifikant zwischen den Gruppen. Die Lebenszufriedenheit ist bei der L-1-Skala als Single-Item-Skala nicht auf einen spezifischen Lebensbereich gesteuert (Gnambs & Buntins, 2017). Generell stellt sie im Vergleich zu einer Multi-Item-Skala eine weniger valide Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit dar, da sie stärker von situativen Faktoren beeinflussbar ist und weniger empfindlich auf echte Änderungen der Merkmalsausprägungen reagiert. Insgesamt weist die Skala eine höhere Fehleranfälligkeit auf (Gnambs & Buntins, 2017; Pinquart & Sörensen, 2000; Schwarz, 1987).

Die Ergebnisse bestätigen die Annahmen, dass auch ein vierwöchiges, achtsamkeitsbasiertes Gruppentraining die Achtsamkeitsfähigkeit und die Lebenszufriedenheit der Teilnehmenden steigert.

Die Ergebnisse bestätigen die Annahmen, dass auch ein vierwöchiges, achtsamkeitsbasiertes Gruppentraining die Achtsamkeitsfähigkeit und die Lebenszufriedenheit der Teilnehmenden steigert.

Fazit und Ausblick

Die Studie von Stang und Rico-Dresel (2023) hat signifikante Ergebnisse durch ein verkürztes, achtsamkeitsbasiertes Gruppentraining zur Steigerung der Lebenszufriedenheit aufgezeigt. Praktische Implikationen zu Gruppentrainings ergeben sich daher auch hinsichtlich der Kosteneinsparung und Optimierung institutioneller Angebote.

Die zukünftige Forschung sollte sich weiterer Settingvariablen annehmen und zum Beispiel Gruppengrößen, Wirkfaktoren von Gruppentrainings, Sitzungslänge und Sitzungsanzahl, sowie weitere Follow-up-Messzeitpunkte einbeziehen. Die Studienergebnisse deuten auf unterschiedliche Eignung der L-1-Skala und des FLZ zur Erfassung von sensiblen Änderungen der Merkmalsausprägung der Lebenszufriedenheit hin. In zukünftiger Forschung sollte daher für die Erfassung von Veränderungen der Lebenszufriedenheit in ähnlichen Trainings auf den FLZ zurückgegriffen werden.

Die Steigerung der Lebenszufriedenheit bezogen auf die eigene Sexualität wirft für die weiterführende Forschung auch die Frage auf, ob achtsamkeitsbasierte Interventionen auch einen positiven Effekt im Rahmen der Sexualtherapie aufweisen. Hier könnte die zukünftige Forschung mit klinischen Stichproben ansetzen.

In der Studie von Stang und Rico-Dresel (2023) wurden ausschließlich Cis-Menschen im Sampling berücksichtigt. Hier sollte die zukünftige Forschung auch Menschen des nonbinären Geschlechtsspektrums sowie Trans-Menschen berücksichtigen.



Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapieaktuell.de.





Marie-Luise Langenbach

Herausfordernde Gruppensituationen

Über den Umgang mit einer herausfordernden Situation in einer ambulanten Therapiegruppe an einem Praxisbeispiel.

Mittlerweile hat sich herumgesprochen, dass die Abrechnungsbedingungen für die Leitung einer Therapiegruppe im kassenärztlichen System verbessert wurden: Die Organisation wurde vereinfacht und die Behandlung wird besser bezahlt. Das ist für viele Kolleg*innen ein Anreiz, gruppentherapeutische Behandlung anzubieten. Dabei scheint die Aneignung der Theorien, wie sie gut rezipierbar von Yalom, Foulkes, Heigl-Evers und anderen beschrieben wurden, nicht der schwierige Punkt zu sein. Eher scheuen manche die Herausforderung, mit schwierigen Gruppensituationen umzugehen und in der Fülle der parallel beobachtbaren Ereignisse therapeutisch kluge Entscheidungen zu treffen, die die Gruppe in eine konstruktive Arbeit untereinander bringen. Im Folgenden werde ich eine Systematik vorstellen, die hierfür handlungsleitend sein kann und sich auch in herausfordernden Situationen für meine Co-Autorin und mich¹ als hilfreich erwiesen hat.

Die Gruppensituation

Zum praktischen Verständnis stelle ich einen Gruppenprozess vor, der schon einige Jahre zurückliegt: Ich leitete eine tiefenpsychologisch fundierte arbeitende Gruppe mit fünf Frauen und vier Männern. Eine der Frauen, Frau S., hatte eine Borderline-Diagnose und zahlreiche Behandlungen hinter sich, war auf Empfehlung ihres Vorbehandlers in die Gruppe gekommen und wirkte auf mich zunächst sehr introspektionsfähig. Zunächst lief die Gruppe die ersten Sitzungen gut an, die Patient*innen lernten sich kennen.

Dann begann ein Prozess über drei Sitzungen, den ich zunächst in meiner Gegenübertragung wahrnahm: Ich verlor meine Unbefangenheit der Gruppe und vor allem Frau S. gegenüber. Es zeigten sich erste Spaltungstendenzen, die von Frau S. ausgingen: Sie fühlte sich einer anderen, sehr jungen Patientin sehr nah und versäumte keine Situation, ihr zu sagen, wie sehr sie sie mochte. Die Männer in der Gruppe beachtete sie kaum und sie begann eine andere Frau, Frau W., anzugreifen, die schnell von den Männern in der Gruppe unterstützt wurde, was Frau S. sofort aufgriff und der Mitpatientin als Schwäche auslegte. Ich brauchte Zeit, um zu verstehen, wie Frau S. sich durch Manipulation einerseits Unterstützung sicherte, andererseits Konkurrent*innen um meine Gunst in schlechtem Licht erscheinen ließ, und im Grunde bestimmte, wer in der Gruppe zu Wort und zum Arbeiten kam und wer nicht. Um mit Raoul Schindler² zu sprechen: Frau S. hatte die Alpha-Rolle eingenommen. Die Männer gerieten mehr oder weniger in Omega-Positionen, zogen sich zurück, teils ängstlich, wirkten schwach und in der Verteidigungsposition. Die Frauen gingen – bis auf eine – in die Gamma-Position. Ich arbeitete zunächst aus der Beta-Position integrierend, ohne meine Beobachtungen anzusprechen, relativierte aber die Aussagen von Frau S..

Manche scheuen die Herausforderung, mit schwierigen Gruppensituationen umzugehen und in der Fülle der parallel beobachtbaren Ereignisse therapeutisch kluge Entscheidungen zu treffen, die die Gruppe in eine konstruktive Arbeit untereinander bringen.

¹ vgl. Pape, S. und Langenbach, M.-L. (2022): Ambulante tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie. Das Praxisbuch. Stuttgart: Klett-Cotta

² In Schindlers Rangdynamik-Modell werden folgende Positionen unterschieden: Alpha – dominante Position, Träger*in der Gruppenaufgabe, Gammas – folgen Alpha, Beta – ausgleichende Rolle mit Expertise, Omega-Gegenpol zu Alpha und ‚G‘- das Gegenüber, z. B. die Gruppenaufgabe. Die Positionen verändern sich im Prozess.

Die Aggression und Angst, die ich in der Gruppe wahrnahm, konnte ich auch am eigenen Leibe, in meiner Gegenübertragung, spüren. Es ging also zuerst einmal darum, das zu registrieren und mich ein Stück weit davon zu distanzieren.

Ich spürte förmlich, dass das einige Gruppenmitglieder entlastete und mir wurde bewusst, dass viele sich von der spürbaren Aggression von Frau S. bedroht fühlten, denn alle vermieden, mit ihr in Konflikt zu geraten. Die Teilnehmer*innen hatten Angst. Dadurch hatte Frau S. sehr viel Raum und Macht und die Gruppe fühlte sich blutleer an.

Auch mich ließ das Geschehen nicht unbeeindruckt. Ich merkte, wie ich vorsichtiger im Umgang mit Frau S. wurde. Die Aggression und Angst, die ich in der Gruppe wahrnahm, konnte ich auch am eigenen Leibe, in meiner Gegenübertragung, spüren. Es ging also zuerst einmal darum, das zu registrieren und mich ein Stück weit davon zu distanzieren.

Mein Ziel war es, die Spaltung in der Gruppe zu verstehen und zu bearbeiten, Frau S. aus der Alpha-Rolle zu entlassen und die „Omegas“ in Alpha- oder Gamma-Positionen zu bringen, ohne dass Frau S. in die Omega-Rolle geriete. Auch Angst und Aggression sollten benannt werden können. Meine bisherige Steuerung des Prozesses über eine zurückhaltende, integrierende Beta-Position schien mir nicht mehr konstruktiv und zielführend zu sein.

Steuern des Gruppenprozesses

Für meine Kollegin Frau Pape und mich haben sich insbesondere drei Säulen zur Steuerung des Gruppenprozesses als hilfreich erwiesen: Steuerung durch Aktivität oder Zurückhaltung als Gruppenleitung, durch die Benennung von noch un- oder vorbewussten Beziehungsdynamiken zum passenden Zeitpunkt und durch die Beeinflussung von Stimmung und Energielevel der Gruppe.

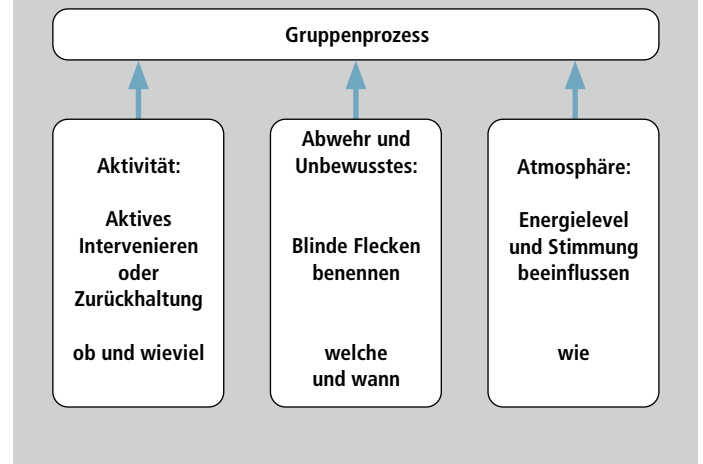


Abbildung 1:
Die Steuerung des Gruppenprozesses

Im Pendeln zwischen Zurückhaltung und aktivem Intervenieren halten wir uns an die beiden Grundsätze, einerseits nichts einzubringen, was die Gruppe nicht selbst einbringen könnte. Das bedeutet, sich als Leitung zunächst zurückzuhalten und abzuwarten, wie die Gruppe reagiert. Und andererseits bei gegenseitigen Verletzungen möglichst schnell einzugreifen.

Die zweite Säule beschreibt die Bearbeitungstiefe oder anders ausgedrückt, die Bewusstmachung von bisher un- oder vorbewussten Inhalten, die der Gruppenkohäsion, der Phase, in der sich die Gruppe gerade befindet, und der Reflexionsfähigkeit der Gruppe angepasst sein müssen: um unnötige Beschämung Einzelner zu verhindern, und eine Öffnung im Gehaltensein der Gruppe zu ermöglichen.

Und auch die dritte Säule ist wesentlich: Wie ist die Atmosphäre und der Energielevel der Gruppe? Ist ein konstruktives Arbeiten möglich? Vor allem bei einer Gruppe mit überwiegend depressiven Mitgliedern können zum Beispiel sehr infizierende Situationen entstehen, in der eine resignative Lähmung der gesamten Gruppe entsteht, die benannt und bearbeitet werden sollte.

Die Gruppe im Beispiel war in eine ängstliche Lähmung gefallen und ich entschied mich, in der geschilderten Situation aktiv zu intervenieren (1. Säule), wollte die spürbare aber nicht benennbare Aggression und Angst bewusst machen (2. Säule) und möglichst eine angstfreiere Atmosphäre schaffen, in der verstanden werden kann statt ausagiert (3. Säule).

Setzen eines Fokus

Die nächste Frage war: Wann und Wie? Auf was musste ich achten, um zugrundeliegende Gefühle anzusprechen, sodass sie spürbar und annehmbar wurden? Das ist die Frage nach dem Fokus: Auf was richten wir unsere und die Aufmerksamkeit der Gruppe? Als psychodynamisch arbeitende Therapeut*innen sind wir es gewohnt, der Komplexität einer dargestellten Situation durch Achtsamkeit auf unsere Gegenübertragung³ einen Fokus zu geben, mit dem wir in einen bedeutsamen Dialog gehen können. Der Umgang mit unserer Gegenübertragung ist uns durch das Einzelsetting vertraut. Auch in der Gruppe reagieren wir innerlich auf Gesagtes und Nonverbales, sowohl auf den Inhalt als auch auf das Beziehungsmuster, das erkennbar wird und in das wir eingeladen werden. Zudem nehmen wir sowohl jeden und jede Einzelne als auch die Gesamtgruppe wahr. Wir pendeln in unserer Aufmerksamkeit zwischen diesen drei Polaritäten, die für das psychodynamische Arbeiten und Geschehen in der Gruppe wesentlich sind.

Für die drei Säulen im Diagramm ergab sich Folgendes:

1. In einer Gruppensituation, in der Angst deutlich spürbar ist, ist die Ansprache nonverbalen Verhaltens schwierig: Zu groß ist die Gefahr einer Beschämung eines Gruppenmitglieds einerseits und der darauf folgenden Bagatellisierung des Angesprochenen aus Abwehrgründen andererseits. Beides führt nicht zu einer konstruktiven Bearbeitung.
2. Ich erwog nun die Möglichkeit, die Gruppe mit ihrem „passiven Geschehenlassen“ zu konfrontieren oder aber eine Einzelperson auf ihr Verhalten anzusprechen. Da die untergründige Aggression von Frau S. die Gruppenkohäsion bedrohte, entschied ich mich, nicht die in der Gruppe herrschende Angst, sondern Frau S. direkt anzusprechen. In einer „reiferen“ Gruppe mit stabilerer Kohäsion hätte ich vielleicht anders entschieden.
3. Ich wollte versuchen den „Interaktionsstil“ und die Aggression darin zu benennen, also auf das Beziehungsangebot beziehungsweise -muster und nicht auf den Inhalt einzugehen, der mir zweitrangig erschien.

Die Gruppenteilnehmer*innen hatten alle mehr oder weniger – in der Gegenübertragung spürbare – Angst, Frau S. zu unterbrechen oder zu konfrontieren; sie ließen es sogar zu, dass ein Teil der Gruppe abgewertet wurde.

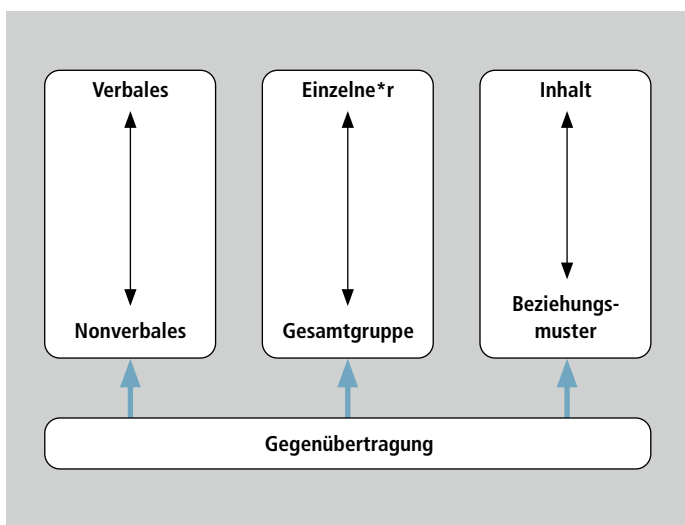


Abbildung 2: Den Fokus setzen in der aktuellen Gruppensituation

In der geschilderten Situation bedeutete das für mich, bewusster darauf zu achten, wann ich ängstlich oder aggressiv reagierte oder ungeduldig wurde. Die Gruppenteilnehmer*innen hatten alle mehr oder weniger – in der Gegenübertragung spürbare – Angst, Frau S. zu unterbrechen oder zu konfrontieren; sie ließen es sogar zu, dass ein Teil der Gruppe abgewertet wurde. Die Gruppe schien sich darauf geeinigt zu haben, in der Deckung zu bleiben.

³ Dabei meine ich mit Gegenübertragung in Anlehnung an Wöller und Kruse (2002) alle emotionalen Reaktionen im Kontakt mit der Gruppe als Gesamtes und auf die einzelnen Personen, wobei meine Reaktion natürlich von meiner eigenen Geschichte geprägt ist.



Arbeitsgemeinschaft
Gruppenpsychotherapie und
Gruppenanalyse e. V.
info@agg-goettingen.de
www.agg-goettingen.de
Tel. 0551 486022 (Sekretariat AGG)

Gruppen leiten lernen

Das **Göttinger Modell der Gruppenpsychotherapie** stellt für unterschiedliche Einsatzzwecke und Krankheitsbilder spezifisch geeignete Methoden zur Gestaltung und Leitung von Gruppen zur Verfügung.

- Die intensive Verknüpfung von Praxis und Theorie,
- Selbsterfahrung im gewählten Verfahren,
- der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen sowie erfahrenen Dozentinnen und Dozenten und
- das Beobachten einer klinischen Gruppe mit Auswertung in Kleingruppen

ermöglichen Therapeutinnen und Therapeuten, rasch Kompetenz in der Leitung stationärer und ambulanter Gruppen zu erreichen.

Fortbildungswochen finden in 37124 Rosdorf-Tiefenbrunn statt. Sie können als Einstieg in die Weiterbildung zur Gruppenpsychotherapeutin und zum Gruppenpsychotherapeuten genutzt werden. Nächste Einstiegsmöglichkeiten:

12.02.2024 – 17.02.2024: Seminar in **psychoanalytischer und psychoanalytisch orientierter Gruppenpsychotherapie** (675,00 €)

19.11.2024 – 23.11.2024: Seminar in **Psychoanalytisch-interaktioneller Gruppenpsychotherapie (PiM)**, besonders für stationäre Gruppenpsychotherapie geeignet (625,00 €)

Mit Grundlagenseminar zum Einstieg für wenig mit psychodynamischen Konzepten vertrauten Kolleginnen und Kollegen am 18. und 19.11.2024 (225,00 €)

Intervenieren

Die nächste Frage bezieht sich auf das Wie. Und die Antwort ist natürlich abhängig von der jeweiligen Situation. Auch in der Gruppe folgen wir den bekannten Interventionschritten der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie: Klären, Konfrontieren, Deuten und Durcharbeiten, die in der Gruppe erweitert werden um das stetige Mitfühlen – durchaus auch konträr – miteinander und das Umsetzen in der Gruppe direkt, wenn ein Thema durchgearbeitet ist.

Als Frau S. einem Mann in der Gruppe, der gerade von seiner Fürsorge für seinen kranken Vater erzählte, über den Mund fuhr, stoppte ich sie und konfrontierte sie mit meinem Erleben, dass ich ihr Verhalten als aggressiv und unempathisch wahrnahm. Sie wehrte sich heftig dagegen. Ich stoppte sie wieder und sagte, ich möchte jetzt, dass der Mann weiter im Mittelpunkt bleibt, aber später würde ich gerne wissen, wieso sie so reagiert habe – also zu klären und zu verstehen, was sie bewegt hatte. Offensiv zur Tür schauend blieb sie. Die junge Patientin sagte auch gleich: „Ich möchte, dass du bleibst.“ Die Sitzung endete, ohne dass Frau S. dran kam. Ich erwähnte das zum Ende der Sitzung bedauernd.

Die inhaltliche Ebene ist hier nicht wichtig, die aktiv steuernde Intervention ist wesentlich: Als Therapeutin agiere ich hier auch als Modell. Ich setze eine Grenze und schütze dadurch die Mitpatient*innen. Ich benenne, was bereits gefühlt wurde. Ich arbeite nicht aufdeckend, sondern steuernd. Die atmosphärisch entstandene Angst und auch die folgende Erleichterung in der Gruppe und die Enttäuschung von Frau S. benenne ich in dieser Sitzung nicht. Ich bin in die Alpha-Position gegangen und habe mich durchgesetzt.

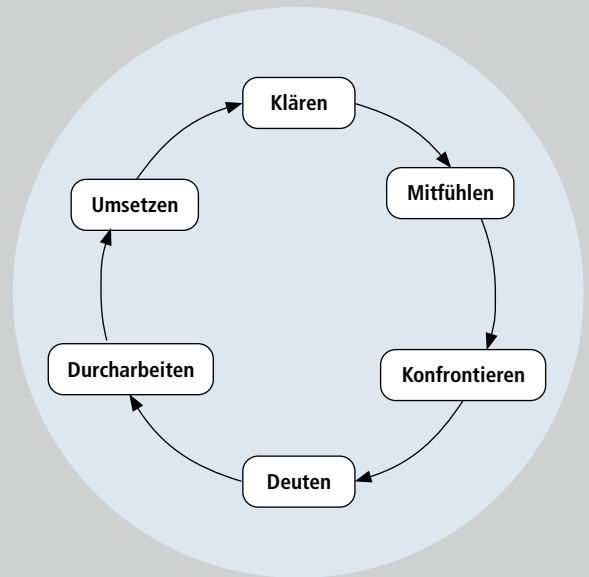


Abbildung 3:
Das Interventionsrad in der tiefenpsychologisch arbeitenden Gruppe

Der weitere Prozess

In der nächsten Sitzung eröffnete Frau S. der Gruppe und mir, sie habe sich von mir übergangen gefühlt. Sie wolle jetzt Raum haben. Ich sagte, dass ich das verstehe und fragte die anderen, wie sie hier seien und was sie an Themen heute hätten. Es gab keine anderen Themen. Ich fragte nach den Gefühlen, wenn ich jetzt mit der Patientin arbeiten würde. Einige konnten benennen, dass sie mit ungutem Gefühl gekommen seien, andere hatten die letzte Sitzung komplett vergessen. Der Mann, der in der letzten Sitzung im Mittelpunkt stand, war unsicher, ob er sich schuldig fühlen müsse. Ich schlug Frau S. vor, alle Gedanken und Gefühle, die sie seit der letzten Sitzung gehabt hatte, einmal auszusprechen und zu spüren, wie es ihr dann gehe. Sie kam in Kontakt mit einem großen Hass auf mich, der immer wieder verfliegen war und dann erneut in ihr aufflammte. Sie schämte sich dafür, weil sie wusste, dass ihr Gefühl nicht zu dem passte, was real geschehen war. Als Auslöser für den Hass nannte sie meine Macht, vorzugeben, wem sich die Gruppe zuwendet und dass ich mich in der letzten Sitzung gegen sie gewendet und dem Mann den Vortritt „verschafft“ hatte. Außerdem hätte ich ein „Versprechen“ gebrochen. Ich fragte: „Und nun?“ und nach einer stummen Weile sagte sie leise: „Weiß ich auch nicht.“ „Gibt es eine Antwort auf meine Frage zur letzten Sitzung (Warum sie so unempathisch auf den Mitpatienten reagiert hatte)?“ „Nein. Wenn ich ihn verstehe, fange ich an, mich zu hassen. Wenn ich mich verstehe, hasse ich euch.“



Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapieaktuell.de.

Dr. phil. Marie-Luise Langenbach

Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Gruppenpsychotherapeutin, an verschiedenen Ausbildungsinstituten als Dozentin und Supervisorin für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie tätig.



Der Gruppe wurde spürbar, welche heftigen gegensätzlichen Gefühle die Patientin aushielt, und sie konnten sich im Folgenden oft darauf beziehen. Die Patientin entschied, sich eine Weile neben mich zu setzen, um das Gefühl meiner Unterstützung zu haben. Die Gruppe wurde mutiger, sie zu konfrontieren. Die Manipulationen ließen nach.

Psychodynamische Überlegungen

Durch ihr teils unterschwellig, teils offen aggressives Verhalten hat die Patientin sehr viel Spannung in der Gruppe erzeugt. Sie konnte ihre Angst, nicht gesehen, nicht beachtet zu werden, vielleicht sogar entwertet oder ausgestoßen zu sein, nicht verbalisieren. Durch die Gruppe getriggerte traumatische Kindheitserfahrungen konnte sie nicht mitteilen, da sie ihr im Wesentlichen trotz vieler Vorbehandlungen nur atmosphärisch zur Verfügung standen und in der Gruppe re-inszeniert wurden. Frau S. reagierte mit aggressiver Selbstverteidigung. Die Gruppe geriet in eine hoch geladene und kaum besprechbare Affektlage, jetzt war jede und jeder mit eigenen diversen Ängsten und Re-Inszenierungen von frühen oder gar traumatischen Erfahrungen beschäftigt. Spaltungstendenzen auf dieser frühen Ebene treten auf, wenn Patient*innen entsprechende Bewältigungsmechanismen entwickelt haben, die zunächst nicht mentalisiert werden können. Als Therapeut*innen müssen wir zunächst das Unaushaltbare, Unausprechliche, die heftigen Aggressionen in der Gruppe aushalten und containen. In diesem Fall ist das gelungen, aber es gelingt nicht unbegrenzt und immer. Manchmal ist es eine unumgängliche Entscheidung, ein Gruppenmitglied gehen zu lassen und nicht für dessen Gruppenverbleib zu kämpfen.

Sind die Borderline-Erkrankung und die damit verbundenen Abwehrmechanismen bewusst und vom betroffenen Gruppenmitglied angenommen, kann eine Gruppenbehandlung auch in einer nicht störungsspezifischen Gruppe sinnvoll und heilsam sein.

Fazit

Spaltungsprozesse in der Therapiegruppe sind herausfordernd und es ist wichtig, wenngleich manchmal schwierig, als Leitung innerlich in der Beta-Position zu bleiben mit dem Wissen um die Existenzberechtigung aller Spaltungsanteile – seien sie in einer Person verortet oder externalisiert in Untergruppierungen in der Gruppe. Frühes Intervenieren und der Versuch, die Spaltung zu verstehen, sowie das Einbringen passender Erklärungen oder Deutungen sind wichtig, auch wenn das Verständnis nicht immer gleich gelingt. Hier sind Steuerung, Fokussierung und das Interventionsrad noch einmal zusammenfassend in eine Übersicht gebracht.

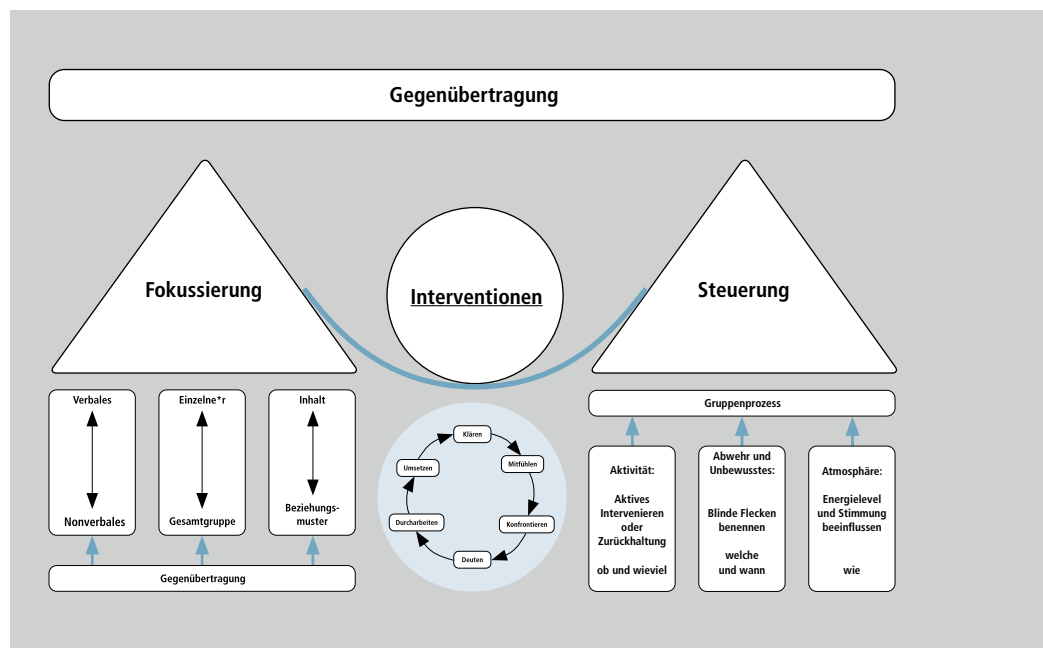


Abbildung 4: Strukturdiagramm zu wesentlichen Aspekten des Gruppenleitens

Spaltungsprozesse in der Therapiegruppe sind herausfordernd und es ist wichtig, wenngleich manchmal schwierig, als Leitung innerlich in der Beta-Position zu bleiben.

Kostenlose Video-Seminare
mit RAin Düsing + RA Achelpöhlner

STUDIENPLATZKLAGE

Mi 10. Jan. | Mi 24. Jan.
Mi 7. Feb. | Mi 21. Feb.
Mi 6. März | Mi 20. März
Mi 10. April | Mi 24. April

Beginn: jeweils 18 Uhr
Nach rechtzeitiger Anmeldung per Mail erhalten Sie die Zugangsdaten.

MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN

Partnerschaft von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten mbB

Oststr. 2 · 48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-19
duesing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info

Die postpartale Depression in der Praxis

Die postpartale Depression (PPD) ist eine ernsthafte Erkrankung, die das Wohlbefinden von Müttern und ihren Kindern erheblich beeinträchtigen kann. In diesem Artikel lesen Sie eine kurze Vorstellung der Eckdaten der PPD, diagnostische Schwierigkeiten und die relevanten Punkte, die Sie als Psychotherapeut*innen bei der Behandlung berücksichtigen sollten.

Die Geburt eines Kindes ist ein bedeutender Lebensabschnitt, der für die meisten Mütter mit Freude und Glück verbunden ist. Doch für manche Frauen stellt die Zeit nach der Geburt eine Phase dar, in der sie sich mit unerwarteten emotionalen Herausforderungen konfrontiert sehen. Negative Gefühle nach der Geburt sind nach wie vor sehr tabuisiert, was wohl ein Grund dafür ist, warum Patientinnen sich selten Behandler*innen anvertrauen. Umso wichtiger ist die Sensibilisierung unserer Berufsgruppe für diese Problematik.

Die Forschung weiß, dass die Geburt ein „Life Event“ darstellt, ein kritisches Lebensereignis, das einen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von psychischen Erkrankungen haben kann. Entsprechend existieren mehrere postpartale, psychische Erkrankungen. Die häufigste davon ist die postpartale Depression (PPD, Synonym Wochenbettdepression), die 10 bis 15 % aller Mütter betrifft¹. Etwa die Hälfte von ihnen entwickeln eine behandlungsbedürftige Depression².

Symptome

Das Erscheinungsbild und die Persistenz gehen weit über die des bekannten Babyblues hinaus (eine kurze depressive Verstimmung in der ersten Woche nach der Entbindung)³. Zu den typischen Symptomen gehören die einer „klassischen“ Depression, wie Verminderung von Antrieb und Aktivität, Freudlosigkeit oder Interessensverlust.

Im Unterscheid gibt es jedoch oft einen Bezug zu Muttergefühlen, beispielsweise ausgeprägte emotionale Labilität, Unfähigkeit, positive Gefühle für das eigene Kind zu entwickeln bis hin zur Gefühllosigkeit ihm gegenüber. Aber auch übermäßige Angst und Sorge um das Wohlergehen des Kindes, ausgeprägte Gedanken und Zweifel an den eigenen Fähigkeiten als Mutter sowie Versagensängste wie „ich bin eine schlechte Mutter“ oder „ich kann mein Kind nicht versorgen“ gehören zum klinischen Bild⁴.

Gelegentlich können auch Zwangssymptome auftreten. Insbesondere Zwangsgedanken (über die ein Viertel aller an PPD erkrankten Frauen berichtet) sind sehr schambesetzt und müssen aktiv erfragt werden. Ein typischer Inhalt dieser Gedanken ist, dem eigenen Kind etwas anzutun. Beispiele dafür sind den Kinderwagen an einer abschüssigen Stelle loszulassen, das Kind vom Arm fallen zu lassen oder es zu ertränken.

Die Abgrenzung der ich-dystonen Zwangssymptome zu den ich-syntonen psychotischen Symptomen (die auch im Rahmen einer postpartalen Psychose auftreten) stellt eine wichtige differentialdiagnostische Überlegung dar. Weitere differentialdiagnostische Abgrenzungen sollten zu Babyblues, Anpassungsstörung, Angst- und Zwangsstörungen erfolgen. Neben der allgemeinen Abklärung von Suizidgedanken ist es empfehlenswert, auch an einen erweiterten Suizid oder Infantizid zu denken und dahingehend zu explorieren⁵.

¹ Dorn, A., & Mautner, C. (2018). Postpartale Depression. *Der Gynäkologe*, 51, 94-101. doi: 10.1007/s00129-017-4183-3

² Wolkenstein, L. (2023). Postpartale Depression. *Fortschritte der Psychotherapie*; 89. Göttingen: Hogrefe.

³ McKelvey, M.; & Espelin, J. (2018). Postpartum depression: Beyond the "baby blues". *Nursing Made Incredibly Easy!* 16(3);p 28-35, doi: 10.1097/01.NME.0000531872.48283.ab

⁴ Dorsch, V. & Rohde, A. (2016). Postpartale psychische Störungen – Update 2016. *Frauenheilkunde up2date* 2016; 10(04): 355-374. doi: 10.1055/s-0042-112631

⁵ Rohde, A., Dorn, A., & Hocke, A. (2017). *Psychosomatik in der Gynäkologie: Kompaktes Wissen – Konkretes Handeln*. Stuttgart: Schattauer.



Bitte denken Sie insbesondere bei postpartalen Frauen an den Ausschluss „phasentypischer“ organischer Ursachen wie Anämie oder Schilddrüsenfunktionsstörungen.

Diagnostik

Es gibt einen sehr etablierten Fragebogen, die Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala (EPDS)⁶. Der Fragebogen ist kostenlos in mittlerweile 17 Sprachen (zum Beispiel auch in Somali, Farsi, Arabisch, ...) im Internet erhältlich⁷. Es handelt sich dabei um ein Screening-Instrument, welches die Stimmungslage der letzten sieben Tage erfasst. Eine hohe Punktzahl deutet auf eine mögliche Depression hin, sagt aber nicht aus, dass mit Sicherheit eine solche vorliegt. Bei EPDS-Werten größer/gleich 13 sollte eine weiterführende Diagnostik erfolgen.

Die Besonderheit der EPDS ist, dass sie körperliche Symptome wie Müdigkeit, Schlafstörungen und Reizbarkeit ausschließt. Denn diese Symptome kommen nach einer Geburt häufig vor und treffen auf viele Mütter zu und sind daher nicht unbedingt als depressive Symptome zu bewerten.

Die Diagnostik ist oft erschwert, was zum einen daran liegt, dass die Symptome einer PPD erst nach der Entlassung aus der Geburtsklinik auftreten.

ICD-10/ICD-11

Die ICD-10-Verschlüsselung erfolgt entweder mit F32.X und der Zusatzcodierung O.99.3 „Psychische Krankheiten sowie Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren“ oder F53.X „Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifizierbar“.

Im ICD-11 ändert sich daran wenig. Man verwendet die Codierung 6A70.X „Einzelne depressive Episode“ und die Zusatzcodierung: 6E20 „Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett, ohne psychotische Symptome“.

Schwierigkeiten in der Diagnostik

Die Diagnostik ist allerdings oft erschwert, was zum einen daran liegt, dass die Symptome einer PPD erst nach der Entlassung aus der Geburtsklinik auftreten. Nicht alle Frauen haben eine Nachsorgehebamme und es gibt keine verpflichtende gynäkologische Nachuntersuchung. Im Vergleich dazu sind die Nachuntersuchungen des Kindes „U-Untersuchungen“ verpflichtend. So fallen die Frauen oft durch das „diagnostische Netz“.

Auch neigen betroffene Frauen zur Dissimulation. Aus Scham, Schuldgefühlen oder Angst werden die Symptome heruntergespielt, was sich durch das medial präsente, nahezu ausschließlich positive Bild einer Geburt noch verstärken kann.

⁶ Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-86.

⁷ <https://postpartale-depression.ch/de/selbsttest.html>

Verlauf und Prognose

Prognostisch ist die PPD bezüglich des Krankheitsverlaufs günstiger als eine „klassische“ Depression – sofern sie denn erkannt wird. Die Schwere der PPD nimmt mit Fortschreiten der Zeit ab, die durchschnittliche Episodendauer beträgt sieben Monate. Dennoch erfüllen ein Jahr nach der Geburt noch 30 % der Betroffenen die Kriterien einer Major Depression. Das Risiko, nach der Geburt eines weiteren Kindes erneut an einer PPD zu erkranken ist deutlich erhöht⁸.

Folgen

Wenn nicht erkannt, kann sich maternale Depressivität auf das Kind auswirken. Die Depression beeinträchtigt Gefühlswahrnehmung und Gefühlsausdruck, was einen Einfluss auf die mütterliche Feinfühligkeit hat und so die Mutter-Kind-Interaktion stört. Betroffene Frauen reagieren häufig verlangsamt und zeigen weniger emotionalen Ausdruck. Auch die tägliche Pflege und das Beruhigen des Kindes fällt ihnen oft schwerer⁹.

Babys reagieren mit Rückzug, Vermeidung des Blickkontakts, Inaktivität und häufigem Weinen. Das „Still-Face-Experiment“ zeigt dies sehr eindrücklich. Daraus wiederum können Bindungsprobleme und im Extremfall eine Regulationsstörung entstehen. Aber auch die emotionale und kognitive Entwicklung kann beeinträchtigt sein.

Es geht also nicht „nur“ um die depressiven Symptome der Mutter, sondern vor allem um die gestörte Interaktion zum Kind.

Mittel und langfristig zeigen Kinder depressiver Mütter Entwicklungsverzögerungen, wie ein schlechteres Sprachvermögen oder einen niedrigeren Intelligenzquotienten. Neurobiologisch kommt es zu einer stärker ausgeprägten Stressreaktion und beeinträchtigter Emotionsregulationsfähigkeit des Kindes¹⁰.

Es geht also nicht „nur“ um die depressiven Symptome der Mutter, sondern vor allem um die gestörte Interaktion zum Kind, die in der vulnerablen, frühen Zeit gravierende Einflüsse haben kann!

Behandlung

Zur Behandlung einer PPD ist Psychotherapie indiziert. Wichtige Stichworte sind hier Entlastung (beispielsweise durch Psychoedukation) und Verbesserung der Mutter-Kind-Kommunikation. Bezogen auf die Methoden zeigen Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und Interpersonelle Therapie (IPT) gute Wirksamkeit. Neben Einzeltherapie scheinen auch Gruppentherapie-Angebote indiziert.

Eine begleitende, medikamentöse Therapie ist möglich, muss jedoch immer multiprofessionell entschieden werden. Für viele Mütter ist dabei das Stillen ein wichtiges, zu berücksichtigendes Thema. Zum einen ist es bindungsstärkend, zum anderen erleben sie es häufig als „das einzige Gute, was sie dem Kind noch geben können“. Antidepressive Medikation und Stillen sind prinzipiell möglich, jedoch nicht immer empfohlen¹¹.

In schweren Fällen ist eine stationäre Therapie möglich. Im besten Fall in einer spezialisierten Mutter-Kind-Station, von denen es in Deutschland circa 75 gibt. Die Aufnahme ist oft mit langen Wartezeiten verbunden¹².

Reflektionsfragen – für die Praxis

In Deutschland wurden 2022 laut statistischen Bundesamt 738.856 Kinder geboren. Bei einer Prävalenz von 10 bis 15 % sprechen wir von circa 73.800 bis 110.000 betroffenen Müttern. Selbst wenn man berücksichtigt, dass davon „nur“ die Hälfte eine behandlungsbedürftige PPD entwickelt, ist das eine große Anzahl an Betroffenen. Es gibt also gute Chancen, dass Sie eine Frau behandeln werden, die unter einer postpartalen Depression leidet.

Neben den erwähnten diagnostischen Hürden wissen Sie aus der Berufspraxis am besten, wie lang Ihre aktuellen Wartezeiten auf einen Therapieplatz sind. Wenn man sich nun die alltäglichen Herausforderungen, die ein Baby mit sich bringt, vorstellt, kann man erahnen, wie hoch auch die Hürden sind, einen Therapieplatz zu bekommen. So müssen Mütter neben dem Antriebsmangel aus der Depression heraus auch die Logistik um das Baby (Stillen, Beruhigen und so weiter) so anpassen, dass sie es schaffen, in einer ruhigen Minute die Telefonsprechzeiten abzapfen. Aber auch etwaige Geburtsverletzungen, wenig soziale Unterstützung, lange Anfahrtswege, nicht barrierefreie Praxiszugänge (Kinderwagen!) stellen Hemmnisse dar.

⁸ Reiner-Lawugger, C. (2016). So war das aber nicht geplant... In Wimmer-Puchinger, B., Gutiérrez-Lobos, K., & Riecher-Rössler, A. (Hrsg.). (2016). Irrsinnig weiblich - Psychische Krisen im Frauenleben: Hilfestellung für die Praxis (S. 145 -157). Berlin: Springer.

⁹ Lehnig, F., Nagl, M., Stepan, H., Wagner, B., & Kersting, A. (2019). Associations of postpartum mother-infant bonding with maternal childhood maltreatment and postpartum mental health: a cross-sectional study. BMC pregnancy and childbirth, 19(1), 1-10.

¹⁰ Klier, C. M. (2006). Mother-infant bonding disorders in patients with postnatal depression: The Postpartum Bonding Questionnaire in clinical practice. Archives of women's mental health, 9(5), 289-291.

¹¹ S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, abgerufen unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005>

¹² <https://schatten-und-licht.de/mutter-kind-einrichtungen/>

Und selbst wenn ein Termin oder eine Behandlung zustande kommt, kann die Frage gestellt werden, ob und wie regelmäßig Mütter Termine wahrnehmen können, denn auch hierfür braucht es für ganz basale Dinge wie die Kinderbetreuung während der Therapiestunde Unterstützung. Eine praktische Frage die Behandler*innen reflektieren sollten, ist die Haltung zur Therapie im Beisein des Babys.

Das Problem an der PPD ist, dass die mütterliche Depressivität nicht nur die Mutter betrifft, sondern auch das Kind. Ganz im Sinne Winnicotts: „There is no such thing as a baby“. In einer entwicklungsbedingt so vulnerablen Zeit wie dieser frühen Phase der Mutter-Kind-Interaktion wäre es daher auch präventiv indiziert, Betroffenen möglichst schnell Hilfe zukommen zu lassen. Und so stellen sich Fragen nach Möglichkeiten vereinfachter Zugänge. Für die Gruppe der postpartalen Mütter könnte Online-Therapie oder die aufsuchende Psychotherapie an Bedeutung gewinnen.

- Postpartale psychische Erkrankungen betreffen viele Mütter.
- Das Risiko an einer Depression zu erkranken ist für Mütter im ersten postpartalen Jahr doppelt so hoch wie in jeder anderen Lebensphase.
- Symptome sind oft schambesetzt und müssen proaktiv erfragt werden.
- Neben dem Leidensdruck betroffener Frauen hat mütterliche Depressivität einen großen Einfluss auf die Kinder.
- Bei der Diagnose und Behandlung gibt es viele strukturelle Hürden.

Mögliche Ziele

- Schaffung von barrierefreien Zugängen zu Diagnostik und Behandlung, beispielsweise im Rahmen einer verpflichtenden Nachuntersuchung für Mütter, die auch die psychischen Symptome erfragt.
- Förderung von Online-Therapie oder aufsuchender Psychotherapie.
- Mehr finanzierte Forschung, insbesondere zu Prävention und Frühinterventionen.

Das Problem an der PPD ist, dass die mütterliche Depressivität nicht nur die Mutter betrifft, sondern auch das Kind. In einer entwicklungsbedingt so vulnerablen Zeit wie dieser frühen Phase der Mutter-Kind-Interaktion wäre es daher auch präventiv indiziert, Betroffenen möglichst schnell Hilfe zukommen zu lassen.



Lea Beck-Hiestermann

Psychologische Psychotherapeutin (TfP), Doktorandin zur Forschung zu Geburtserleben und postpartalen psychischen Erkrankungen. Wissenschaftlich fundierte Aufklärung in sozialen Medien: @Psyche.und.Geburt (Instagram).

www.klett-cotta.de/schattauer



NEU

DBT spielerisch erlernen

- **Breites Anwendungssetting:** Ambulant, stationär, in der Gruppe sowie in der Einzeltherapie
- **Gemeinsam:** Voneinander lernen und Spaß haben

Im Skillstraining erfährt man in kurzer Zeit viel Neues über seine Borderlineerkrankung und über sich selbst. Schritt für Schritt hangelt man sich von Modul zu Modul vorwärts. »Üben, üben, üben«, heißt es.

Thomas Riedl, Renate Alf

I love DBT

Das Spiel zur Dialektisch-Behavioralen Therapie

2023. Brettspiel mit umfangreichem Spielmaterial in Box € 40,- (D). ISBN 978-3-608-40169-1





Kurz gefasst

Viele von Gewalt betroffene Geflüchtete in Deutschland suchen nicht nur Sicherheit und Schutz, sondern auch Unterstützung in der Bewältigung langandauernder, wiederholter, von Menschen verursachter Traumatisierungen. Hierbei stoßen sie und das ihnen begegnende Hilfesystem auf spezifische Herausforderungen. Psychosoziale Zentren versuchen bundesweit indikationsbezogen zu helfen und durch multiprofessionelle Begleitung von Heilungsprozessen, Wege in gesellschaftliche Teilhabe und Integration für Einzelne wie auch für familiäre Systeme zu ebnen. Realistisch kann jedoch nur ein Bruchteil der Bedarfe abgedeckt und Psychotherapie nur für die Schwerstbetroffenen angeboten werden, was eine enge Kooperation mit der Regelversorgung unabdingbar macht. Für mehrfachtraumatisierte geflüchtete Menschen soll Psychotherapie ein Raum sein, in dem würdevolle, rassistensensible, korrektive Begegnungen möglich sind, Wirksamkeit gemeinsam erlebt und unaussprechliche Gewalterlebnisse „besprechbar“ werden.

Hannah Krunke, Katrin Boztepe

Psychotherapie mit mehrfach traumatisierten Geflüchteten

Praxisbericht aus der ambulanten Abteilung für Erwachsene im Zentrum ÜBERLEBEN Berlin, einem der größten psychosozialen Zentren Deutschlands.

Laut Bundeszentrale für politische Bildung ist „Flucht [...] das Ausweichen vor einer lebensbedrohenden Zwangslage aufgrund von Gewalt.“ (bpb, 2023). Nach Angaben des „Global Trends“ des UNHCR befanden sich Ende 2022 108,4 Millionen Menschen auf der Flucht, 21 % mehr als im Vorjahr (UNHCR, 2023).

Nicht erst seit 2015 erreichen Menschen Deutschland, in der Hoffnung, hier ein sicheres, gewaltfreies Leben mit Zukunftsperspektiven führen zu können. Weil psychische Gesundheit eine Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe und Integration ist, betrifft diese gesellschaftliche Entwicklung auch das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie. Dabei gilt: Nicht jeder Mensch, der geflohen ist, hat Gewalt erlebt und nicht jeder Mensch, der Gewalt erlebt hat, ist traumareaktiv erkrankt. Ungefähr 30 % der geflüchteten Menschen in Deutschland leiden an einer depressiven Erkrankung oder einer posttraumatischen Belastungsstörung (BAfF, 2023). Bundesweit bieten spezialisierte psychosoziale Zentren (PSZ) multiprofessionelle Unterstützung für traumareaktiv erkrankte Geflüchtete an. Dass diese Zentren lediglich „ein Tropfen auf den heißen Stein“ sind, zeigt sich im aktuellen Versorgungsbericht der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF). Die BAfF fasst zusammen, dass die PSZ in 2021 lediglich 4,1 % des Bedarfs abdecken konnten (BAfF, 2023). Das Zentrum ÜBERLEBEN in Berlin ist bundesweit eines der größten PSZ. Dennoch sind wir in unserer Arbeit täglich damit konfrontiert, mehrfach traumatisierten Personen, die dringend Unterstützung benötigen, kein Therapieangebot machen zu können, weil andere Anfragende noch schwerer betroffen sind.

In der ambulanten Abteilung für Erwachsene bieten wir Traumatherapie mit Sprach- und Kulturmittlung für Geflüchtete an. Aktuelle politische Krisen spiegeln sich meist direkt in einer Zunahme unserer Behandlungsanfragen wider. So kamen in 2022 die meisten Patient*innen aus Afghanistan. Andere wichtige Herkunftsländer waren Syrien, Irak, Iran und die Türkei.

Orientiert man sich an Maerckers (2019) Typologie traumatischer Ereignisse, fragen in PSZ zumeist Patient*innen an, die interpersonelle (von Menschen verursachte) Typ-II-Traumata erlebt haben. Das sind Menschen, die mehrfach und/oder längerfristig von sexualisierter oder körperlicher Gewalt, Krieg oder Folter betroffen

Häufig kommen Patient*innen mit einem „Lkw voller Anliegen“, die nicht alle in der Therapie „abgeladen“ werden können.

waren. Sie erfüllen zumeist die Kriterien für eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Auch die Flucht birgt Risiken für weitere lebensbedrohliche Ereignisse, zum Beispiel Seerettung, Inhaftierung, Menschenhandel, Gewalt durch Schlepper oder Grenzbeamte.

Zusätzlich sind Migrant*innen auch im Aufnahmeland mit Belastungen konfrontiert. Zu diesen Stressoren gehören zum Beispiel Sprachbarrieren, Diskriminierung, Rassismus sowie Schwierigkeiten bei Wohnungs-/Arbeitsplatzsuche und das häufig langwierige Aufenthaltsverfahren. Diese Postmigrationsstressoren können das Risiko erhöhen, Symptome einer psychischen Störung zu entwickeln beziehungsweise aufrechtzuerhalten (Bogić et al., 2015). Dies wird auch im Modell der sequentiellen Traumatisierung (Keilson, 1979) deutlich, welches Becker und Weyermann (2006) um drei Sequenzen erweiterten. Die vierte Se-

quenz wird „Chronifizierung der Vorläufigkeit“ genannt. In dieser Zeit befinden sich Geflüchtete aufgrund des Aufenthaltsverfahrens in einem Wartezustand, der eine Verschlechterung des psychischen Allgemeinzustands auslösen kann.

Die Einzelpsychotherapie, begleitet von bedarfsabhängiger Sozialarbeit, welche die Bedingungen im Aufnahmeland adressiert, hat sich als wirksame Methode in der Arbeit mit mehrfach traumatisierten Geflüchteten erwiesen. Die Komplexität der Fälle, die vielfach einer Zusammenarbeit mit dem externen Hilfesystem bedarf, kann den psychotherapeutischen

Es ist unser Auftrag zu vermitteln, dass die Symptomatik eine normale Reaktion auf ein unnormales Gewalterlebnis ist.

Arbeitsalltag überfordern. Rein manualbasierte Therapieansätze

kommen hier an ihre Grenzen. Als besondere Herausforderung können erfahrungsgemäß auch kulturelle Unterschiede empfunden werden. Unterschiede im Glaubens-/Wertesystem sollen wahrgenommen, reflektiert und besprochen werden. Einen Leitfaden hierfür bietet das Cultural Formulation Interview (Falkai & Wittchen, 2018). Individualistisch geprägte Vorstellungen von therapeutischen Prozessen treffen auf kollektivistische Erfahrungen, in welchen das Gemeinwohl vor den individuellen Interessen steht. Dies gilt es, fortwährend zu reflektieren.

Häufig kommen unsere Patient*innen mit einem „Lkw voller Anliegen“, die nicht alle in der Therapie „abgeladen“ werden können. Dann geht es erstmal darum, ein gemeinsames Verständnis dafür zu entwickeln, was in die Psychotherapie gehört und welche Themen an anderen Stellen platziert werden können. Zudem ist die Zahl komorbider Störungen hoch (Boos, 2014) und häufig stellen sich geflüchtete Menschen vordergründig mit körperlichen Beschwerden vor (Sutej, 2018).

Viele Patient*innen können mit dem Begriff Psychotherapie zu Beginn wenig anfangen. Sie berichten, dass psychisch Erkrankte in ihren Herkunftsländern häufig ausgegrenzt werden. Hier müssen wir als Therapeut*innen fortlaufend Entstigmatisierungsarbeit leisten.

Auch scheinbar alltägliche Aufgaben, wie zum Beispiel eine Terminvereinbarung, können für Menschen, die in Gewaltstrukturen lebten eine Herausforderung sein, wenn sich die Tagesplanung an der subjektiv wahrgenommenen Sicherheitslage, statt am Terminkalender orientiert. Den Menschen zu vermitteln, dass sie in Deutschland relativ sicher sind, das Einhalten fester Termine wichtig und sie nicht „verrückt“, sondern in normaler Reaktion auf ein unnormales Gewalterlebnis seelisch erkrankt sind, können erste Aufträge in unserer „Sprechbehandlung“ sein.

Gemäß den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie (Schäfer et al., 2019) für die Behandlung komplexer Traumafolgestörungen, kombinieren wir in der ambulanten multiprofessionellen Behandlung am Zentrum ÜBERLEBEN traumafokussierte Techniken mit Methoden zur Verbesserung der Emotionsregulation, des interpersonellen Verhaltens (Abnahme von Beziehungsstörungen) und der Selbstwahrnehmung. Begleitend kommen bedarfsabhängig Stabilisierungselemente (Psychoedukation, Achtsamkeits-, Entspannungs-, Imaginationsübungen, Skillstraining) zur Anwendung.

Darüber hinaus gilt es, bereits bestehende Ressourcen der Patient*innen zu stärken und/oder neue zu identifizieren. Kreativangebote im Gruppensetting (zum Beispiel Kunsttherapie, Ausflüge zu gemeinsamen kulturellen Aktivitäten, Gartenarbeit, niedrigschwelliger Deutschkurs) wirken als Räume der Begegnung für viele Patient*innen stabilisierend im Sinne der Selbsthilfe.

Eine erste Konfrontation findet in unserem Setting im Rahmen der Traumaanamnese statt. An dieser Stelle vermischen sich diagnostische und expositionelle Elemente, ein vorsichtiges Vorgehen ist daher unerlässlich. Die Herstellung eines empathischen Gesprächskontexts ist essentiell sowie der unmittelbare ressourcenorientierte Fokus, der eine kognitive Neubewertung der Erfahrung überhaupt möglich macht. Berichtet eine Patientin beispielsweise schuldbehaftet davon, die Kinder auf der Flucht in eine lebensbedrohliche Situation gebracht zu haben, kann es wichtig sein, darauf hinzuweisen, dass die Patientin den Kindern durch die Flucht das Leben rettete. Überflutender Hilflosigkeit kann bereits beim ersten Kontakt mit Selbstwirksamkeit anregenden Fragen begegnet werden: „Wie haben Sie es geschafft, das alles zu überleben?“ Die Identifikation eines sicheren Anfangs- und Endpunktes kann hilfreich sein, um das Narrativ eines unendlichen Traumas und einer damit einhergehenden globalen Opferidentifikation zu begrenzen. Weitere konfrontative Schritte erfolgen dann zumeist

Wichtig ist die Sensibilisierung für Diskriminierung und Rassismus, denen Geflüchtete in Deutschland ausgesetzt sind.

an der vorherrschenden Symptomlage (zum Beispiel Intrusionen, Alpträume) orientiert (Boos, 2014). Hierdurch kann häufig bereits eine schnelle Reduktion des Wiedererlebens und somit auch eine Verbesserung der Symptomlast, beispielsweise des Schlafes, erreicht werden. In einigen Fällen erweist sich die symptomorientierte Konfrontation bereits als ausreichend. Das hierdurch gewonnene Selbstvertrauen kann auf das gesamte therapeutische Setting unterstützend wirken und im weiteren Verlauf auch eine behutsame Konfrontation mit dem Trauma ermöglichen. Die Erstellung einer Traumahierarchie und die Iden-

tifizierung von Triggerreizen helfen, gleichzeitig traumafokussiert und patient*innenzentriert arbeiten zu können. Boos (2014) weist darauf hin, dass Patient*innen, deren traumareaktive Emotionen nicht vordergründig angstbezogen sind, sondern beispielsweise Scham, Schuld, Ärger (Grunert et al., 2003) beinhalten, weniger von der verlängerten Konfrontation profitieren. Diese Erfahrung machen wir häufig bei von sexualisierter Folter betroffenen Männern, deren ausgeprägtes Schamempfinden den therapeutischen Prozess dominieren und hierdurch das Trauma nicht umfassend erhoben werden kann. In diesen Fällen kann es erstmal oder auch ausschließlich um eine Bearbeitung dieser selbstbewertenden Interpretationen gehen. Traumafokussiertes Vorgehen bedeutet in unserem Kontext zuweilen sehr kreativ und flexibel vorzugehen und sich zu erlauben vom „manualisierten Wissen“ abzuweichen beziehungsweise dieses zu erweitern.

Wir möchten an dieser Stelle anmerken, dass wir hier das therapeutische Vorgehen aus unserer Praxis vorstellen, welches sich als gut durchführbar und sinnvoll erwiesen hat. Natürlich bestehen bezüglich Stabilisierung, Exposition und Integration des Traumas immer noch sehr unterschiedliche Ansichten, was das konkrete Vorgehen betrifft. Ohnehin ist – wie in jedem therapeutischen Setting – die Therapie auf die individuellen Bedürfnisse und Ziele der Patient*innen anzupassen.

Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht bei Handelnden sind in der Arbeit mit komplex traumatisierten Geflüchteten durchaus verbreitet (Flory, 2022), daher wollen wir im Folgenden einige Ansätze vorstellen, die Unsicherheiten verringern können.

In erster Linie gilt es, eine ganzheitliche Sicht einzunehmen. Hilfreich hierbei ist der eigene Perspektivwechsel weg von den unzähligen Belastungen der Patient*innen und hin zu den oftmals verborgenen Ressourcen. Ganz im Sinne der Aussage von Luise Reddemann, die eines ihrer Bücher mit folgendem Satz einleitet: „Wir behandeln und begleiten Menschen, nicht Traumata“ (Reddemann et al., 2019). Darüber hinaus ist der Austausch mit Kolleg*innen in Form von Inter-/Supervision unabdingbar (Frommberger et al., 2023). Um die eigene Stabilität zu gewährleisten, ist die gemeinsame Reflektion „existentiell“. Gemeinsam können neue Perspektiven und Interventionen erforscht, aber

Selbstfürsorge gewinnt an besonderer Bedeutung in der Arbeit mit Menschen, die massive Grenzüberschreitung erlebt haben.

auch Grenzen spürbar gemacht werden. Zusätzlich wichtig ist der Austausch über trans-

kulturelle Ansätze, sowie die Sensibilisierung für Diskriminierung und Rassismus, denen Geflüchtete in Deutschland auf unterschiedlichen Ebenen, auch

im Gesundheitswesen, ausgesetzt sind. Die Angebote von Fachberatung durch bestehende Netzwerke (zum Beispiel BAfF, DeGPT) können zusätzlich unterstützen und sollten bei Bedarf genutzt werden. Ergänzend können spezifische Fortbildungen nützlich sein, um Wissen und Fähigkeiten zu erlangen und hierdurch das eigene Selbstbewusstsein in der traumatherapeutischen Arbeit zu stärken. Nicht zuletzt ist die Wichtigkeit der Selbstfürsorge zu betonen. In der Arbeit mit traumatisierten Menschen, bei denen möglicherweise mehrfach massive Grenzüberschreitungen stattgefunden haben, gewinnt die Selbstfürsorge als kontinuierlicher Prozess an besonderer Bedeutung.

Trotz aller Hürden und Herausforderungen: Die Arbeit im transkulturellen Bereich ermöglicht die Erweiterung des eigenen Horizonts um neue Perspektiven. Zusätzlich erleben wir unsere Arbeit häufig über die Einzeltherapie hinaus als wirksam: Mit gestärkter psychischer Gesundheit können unsere Patient*innen Stabilität in das eigene Familiensystem bringen und das Risiko transgenerationaler Traumatisierung verringern. Unsere Arbeit im Zentrum ÜBERLEBEN ist außerdem als politische Haltung zu verstehen, mit welcher wir unsere Solidarität mit Schutzsuchenden klar zum Ausdruck bringen.



Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapieaktuell.de.

DPTV-Podcast: <https://t1p.de/7836b>



ZENTRUM ÜBERLEBEN
Wege in eine menschenwürdige Zukunft

Das Zentrum ÜBERLEBEN unterstützt traumatisierte Geflüchtete mittels psychotherapeutischer sowie teils fachärztlicher Behandlung, sozialer Begleitung und Angeboten zur beruflichen Qualifizierung. Sprach- und Kulturmittler*innen sorgen für die Verständigung zwischen Patient*innen und Behandler*innen.



Hannah Krunke

M. Sc., Psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie und Zusatzqualifikation in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, seit 2019 Mitarbeiterin des Zentrum ÜBERLEBEN und von 2021 bis 2023 Vorstandsbeisitzende der BAfF e.V.



Katrin Boztepe

M. Sc., Psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie, seit 2020 Mitarbeiterin des Zentrum ÜBERLEBEN und zusätzlich selbstständig tätig im Bereich Psychotherapie mit trans Personen.

Christian Johannes

Der Traum vom eigenen Praxisraum – steuerlich nicht zwingend die beste Idee

Der Praxisraum im eigenen Heim, kurze Wege, Zeitersparnis – für so manche Psychotherapeutin ist dies ein Wunschgedanke, der gefühlt mehr Vor- als Nachteile mit sich bringt. Andere wiederum lehnen es strikt ab, die Praxis in den eigenen Räumen zu betreiben. Mitunter ist das berufsrechtlich auch gar nicht zulässig, sodass sich gravierende Konsequenzen ergeben können, wenn die Kammer von der heimischen Praxis Kenntnis erlangt. Doch in manchen Fällen gibt die Kammer auch grünes Licht. Insbesondere, wenn es sich um eine komplett abgeschlossene Einliegerwohnung in dem Mehrfamilienhaus handelt, in welchem man auch privat wohnt.

Neben der Tatsache, dass man dann natürlich keine Werbungskosten für die Fahrten zur Praxis geltend machen kann, können sich steuerlich aber weitaus unangenehmere Folgen ergeben, sofern es sich um Eigentum handelt. Denn in diesem Fall stellen die genutzten Praxisräume eine wesentliche Praxis- beziehungsweise Betriebsgrundlage dar, die steuerlich – bis auf geringfügige Ausnahmen – zwingend als notwendiges Betriebsvermögen zu behandeln sind. Dabei gibt es auch kein Wahlrecht, um eine solche Zuordnung des Grundstücks zum Betriebsvermögen zu vermeiden. Doch was bedeutet das konkret steuerlich?

Vorteil: Abschreibungsvolumen durch Einlage generieren

Sofern die Praxisräume innerhalb von drei Jahren nach dem Erwerb erstmals genutzt werden, erfolgt die Zuordnung zum Betrieb meist im Wege der Einlage in Höhe der eigenen Anschaffungs- oder Herstellungskosten. Bei Grundstücksteilen, die sich bereits länger als drei Jahre im Privatvermögen befinden, erfolgt die Einlage hingegen mit dem Teilwert, der im Grunde mit dem Verkehrswert vergleichbar ist. Das bedeutet, dass in diesem Fall Abschreibungspotenzial quasi aus dem Nichts ge-

schaffen wird, weil die Absetzung für Abnutzung (AfA) für Gebäude auf einen fiktiven Wert bezogen wird, der bei einem Verkauf erzielt werden könnte. Die tatsächlich viel geringeren eigenen Anschaffungskosten aus der Vergangenheit sind dann also tatsächlich irrelevant.

Aufteilung geboten: Gebäude und Grund und Boden

Hierbei muss aber zusätzlich noch zwischen dem Gebäude an sich und dem anteiligen Grund und Boden unterschieden werden. Denn bei letzterem wird allgemein unterstellt, dass dieser sich nicht abnutzen kann. Insofern kommt hier auch keine Absetzung für Abnutzung infrage. Da also nur das Gebäude steuerlich abgeschrieben wird, ist es günstig, wenn der Anteil des Grund und Bodens möglichst gering ist. Vorteilhaft ist daher, wenn der realistische Grund-und-Boden-Anteil bereits im Kaufvertrag zwischen Veräußerer und Erwerber dokumentiert wurde. Andernfalls erfolgt die Aufteilung im Nachhinein durch einschlägig anerkannte Verfahren, wie beispielsweise nach dem sogenannten Vergleichswertverfahren.

Gebäudeabschreibung und übrige Aufwendungen

Der Abschreibungssatz für die lineare Gebäude-AfA beträgt je nach Alter der Immobilie zwischen zwei und drei Prozent, was einer Nutzungsdauer von 50 beziehungsweise 33 Jahren entspricht. Eine kürzere Nutzungsdauer kann zwar weiterhin nachgewiesen werden, um einen höheren Abschreibungssatz steuerlich geltend machen zu können. Allerdings ist hierfür zumindest ein Gutachten eines anerkannten Sachverständigen erforderlich.

Ansonsten können durch die verpflichtende Zuordnung zum Betriebsvermögen alle anfallenden



Kosten wie Versicherung, Grundsteuer, Finanzierungszinsen, Betriebskosten etc. steuerlich als Betriebsausgaben geltend gemacht werden. In der Vergangenheit ließen sich höhere Abschreibungssätze auch mithilfe der degressiven Gebäude-AfA erzielen, wodurch innerhalb kurzer Zeit hohe stille Reserven entstehen konnten. Die degressive AfA ist allerdings nur in Altfällen anwendbar.

Nachteil: Stille Reserven sind später zwingend zu versteuern

Der Nachteil von Betriebsvermögen besteht allerdings darin, dass ein potenzieller Wertzuwachs des Gebäudeteils, der sich im Laufe der Jahre oftmals ergibt, bei einem späteren Verkauf oder bei der Praxisaufgabe zwingend besteuert wird. Dadurch werden oft die gesamten bisherigen AfA-Beträge rückgängig gemacht.

Durch eine Vermietung der Praxisräume im Rahmen einer Praxisverpachtung im Ganzen kann die Entnahme in das Privatvermögen vielleicht noch über einen gewissen Zeitraum verhindert werden. Ganz vermeiden lässt sich die Besteuerung der stillen Reserven aber in der Regel nicht. Hier wird auch noch einmal deutlich, wie nachteilig es sein kann, wenn ein eigenes Grundstück aus dem familiären Umfeld mit zum Betriebsvermögen zählt, weil hier die Effekte bei hohen stillen Reserven besonders gravierend sein können. Denn die Verpachtung der Praxis im Ganzen (einschließlich Grundstück) kommt meist gar nicht infrage. Einerseits, weil die notwendigen Bedingungen hierfür nicht erfüllt werden, beispielsweise, weil sich kein*e geeignete*r Nachfolger*in findet, die*der die Praxis insgesamt fortführen kann. Andererseits aber auch, weil man vielleicht nicht auf Dauer möchte, dass Fremde auf dem eigenen Grundstück ein- und ausgehen.

Beim letzten Punkt hilft es im Zweifel auch nichts, wenn es durch eine kluge Gestaltung, wie der Gründung einer GmbH & Co. KG gelingt, die Besteuerung der stillen Reserven des Grundstücks langfristig und vor allem sicher zu verhindern. Dabei ist im Übrigen ein gewisser zeitlicher Vorlauf von mindestens fünf Jahren sowie eine eingehende Beratung und Planung unumgänglich, weil die Finanzverwaltung die Gestaltung ansonsten aufgrund der Gesamtplanrechtsprechung nicht anerkennt.

Am Ende gelangt man dann mitunter zu der Erkenntnis, dass die betriebliche Nutzung als Betriebsvermögen rückwirkend betrachtet doch keine so gute Idee war.

Betriebsveräußerung und Betriebsaufgabe werden begünstigt besteuert

Sofern die Psychotherapeutin das Betriebsgrundstück im Rahmen einer Betriebsveräußerung/-aufgabe erst nach dem 55. Lebensjahr (oder bei nachgewiesener dauernder Berufsunfähigkeit) verkauft oder in ihr Privatvermögen übernimmt, kann maximal ein steuerlicher Freibetrag von 45.000 Euro geltend gemacht werden. Zusätzlich oder alternativ kann noch ein ermäßigter Steuersatz beantragt werden, um die Steuerbelastung abzumildern. Den Freibetrag und den ermäßigten Steuersatz gewährt der Gesetzgeber im Übrigen leider jeweils nur einmal im Leben. Werden die persönlichen Voraussetzungen nicht erfüllt, kann der Veräußerungsgewinn zwar nach der sogenannten Fünftel-Regelung begünstigt besteuert werden. Doch hier ist die Entlastung in der Regel wesentlich geringer als beim ermäßigten Steuersatz.

Den Freibetrag und den ermäßigten Steuersatz gewährt der Gesetzgeber im Übrigen leider jeweils nur einmal im Leben.

Betriebsgrundstücke sind steuerlich oftmals nachteilig

Ein eigenes Grundstück für die berufliche Praxis zu nutzen, ist also nicht immer von Vorteil. Im Gegenteil kann es oftmals sogar äußerst nachteilig sein, wenn das Grundstück, wie bei der Immobilienpreisentwicklung der letzten Jahre, im Wert steigt.

Zum Vergleich: Wird ein Grundstück nicht zur eigenen Berufsausübung genutzt, sondern fremdvermietet, beispielsweise sogar an einen Berufskollegen für seine Praxis, dann bleibt das Grundstück grundsätzlich im Privatvermögen. Zwar sind die Überschüsse aus der Vermietung ebenfalls als Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung zu besteuern und der AfA-Satz für die Gebäudeabschreibung liegt oftmals etwas niedriger. Allerdings wird bei Einhaltung der Spekulationsfrist von zehn Jahren zwischen Anschaffung und Veräußerung auch keine Wertsteigerung besteuert. Das kann bei der Gesamtbetrachtung schon ein bedeutender Vorteil gegenüber der eigenen beruflichen Nutzung sein.

Anmietung von Praxisräumen: Die bessere Alternative?

Der Vorteil der Anmietung von Praxisräumen – auch solchen, die im Eigentum von Angehörigen und Ehegatten stehen – kann darin liegen, dass die vereinbarte Miete für die beruflich genutzten Praxisräume direkt und in voller Höhe steuerlich als Betriebsausgaben geltend gemacht werden kann. Und unabhängig von der beruflichen Nutzung durch den Psychotherapeuten hält der verwandte oder verheiratete Vermieter das Grundstück in seinem Privatvermögen. Er erzielt entsprechende Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung und ermittelt den Überschuss durch Gegenüberstellung der Einnahmen und Ausgaben. Dadurch wird vermieden, dass Wertsteigerungen des Grundbesitzes bei der späteren Betriebsveräußerung oder -aufgabe versteuert werden müssen. Denn der Vermieter kann das Grundstück bei einer Praxisaufgabe schlicht an einen anderen Freiberufler vermieten oder nach Ablauf von zehn Jahren steuerfrei verkaufen. Im Fall von Angehörigen ist dadurch in gewissem Maße sogar eine Verlagerung von Gewinnen möglich. Die Vereinbarungen müssen in diesem Fall aber immer einem Fremdvergleich standhalten, um die steuerliche Anerkennung nicht zu gefährden.

Der Vorteil der Anmietung von Praxisräumen kann darin liegen, dass die vereinbarte Miete für die beruflich genutzten Praxisräume direkt und in voller Höhe steuerlich als Betriebsausgaben geltend gemacht werden kann.

Steuerfalle späterer Erbfall

Stirbt der Angehörige jedoch, dann kann sich die Lage wieder verkomplizieren, insbesondere, wenn der Psychotherapeut selbst Erbe wird und ihm das Grundstück dann zum Teil doch wieder zivil- und steuerrechtlich zuzurechnen ist. Denn dann wird das Grundstück im Zweifel wieder notwendiges Betriebsvermögen und es besteht wieder Handlungsbedarf, um den oben geschilderten, nachteiligen Konsequenzen frühzeitig wieder einen Riegel vorzuschieben.

Durch entsprechende Erbfallregelungen kann solch ein unschönes Szenario mitunter aber auch bereits im Vorfeld vermieden werden. So kann beispielsweise bei einer Schenkung festgelegt werden, dass das Grundstück im Erbfall zwingend an einen anderen Angehörigen zu vererben ist. Dabei sollte dann aber auch über einen wertmäßigen Ausgleich für den zuvor schenkenden Berufsträger nachgedacht werden.

Anmietung und Untervermietung: Was ist zu beachten?

Eine Anmietung (auch von fremden Dritten) bietet sich insbesondere bei größeren Räumen an, die seltener benötigt werden, beispielsweise für Gruppentherapien. Bei einer stundenweisen Anmietung können die Kosten in der Regel voll als Betriebsausgaben geltend gemacht werden. Tun sich jedoch mehrere Psychotherapeut*innen zusammen, um einen Raum langfristig anzumieten, kommt es sehr auf die getroffenen Vereinbarungen an.

Schließen Berufskolleg*innen beispielsweise gemeinsam einen Mietvertrag mit einem Dritten ab, um einen Praxisraum gemeinschaftlich zu nutzen, dann sollten sie hierzu schriftlich fixieren, wie sie den Raum zeitlich nutzen möchten und wie sie die Kosten zu verteilen gedenken. Denn beim gemeinsamen Eintritt in einen Mietvertrag handelt es sich regelmäßig um eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR). Die interne Kostenverteilungsvereinbarung ist dabei dann auch die Grundlage dafür, wer welche Kostenbeiträge steuerlich geltend machen kann. Im simpelsten Fall, wenn nur die Kosten intern auf die Berufskolleg*innen verteilt werden, ist für die GbR dabei keine eigene Gewinnermittlung erforderlich. Sofern die GbR allerdings selbst nach außen hin auftritt und den Raum untervermietet, wird für sie eine separate steuerliche Registrierung und eine gesonderte und einheitliche Feststellung erforderlich, was weitere Kosten verursacht.

Schließt nur eine*r der Freiberufler*innen den Dauermietvertrag ab, kann sie oder er den Raum an Berufskolleg*innen untervermieten, wenn dies vertraglich und berufsrechtlich zulässig ist. Die Untervermietung darf dabei aber nicht zum Hauptzweck werden, weil ansonsten eine gewerbliche Tätigkeit vorliegen könnte – insbesondere, wenn weitere Serviceleistungen übernommen werden.

Bei einer längerfristigen Untervermietung, bei der nur ein Untermieter den Raum ausschließlich nutzen kann, ist ebenfalls einiges zu beachten. Denn sofern es sich hierbei nicht um eine Verpachtung der Praxis im Ganzen handelt (also einschließlich Patient*innenstamm etc.), können Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung vorliegen. Wurde der Praxisraum bisher für die eigene Tätigkeit genutzt und entsprechend eingerichtet, kann es daher notwendig sein, dass die aus der freiberuflichen Tätigkeit heraus erworbene Inneneinrichtung, erworbenes Mobiliar und Mietereinbauten aus dem Praxisvermögen zu entnehmen und der Vermietung und Verpachtung zuzuordnen sind. Die Entnahme erfolgt dabei zum Teilwert, der im Grunde dem Verkehrswert entspricht. Hierbei kann sich dann ein Gewinn oder Verlust ergeben. Im Rahmen

der Vermietung und Verpachtung können die Wirtschaftsgüter dann weiter abgeschrieben werden.

Umsatzsteuerliche Herausforderungen stellen sich bei der Anmietung und Untervermietung grundsätzlich eher weniger, da Psychotherapeut*innen in der Regel nicht vorsteuerabzugsberechtigt sind und die Vermietung von Räumen in der Regel auch nur steuerfrei möglich ist.

Hinweis: Bei allen steuerlichen Gestaltungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit Praxisräumen darf natürlich nicht außer Betracht bleiben, dass es dabei auch berufs-, zivil- und baurechtliche Restriktionen gibt, die es einzuhalten gilt.



Christian Johannes
Steuerberater im ETL ADVISION-Verbund aus Köln.

ETL ADVISA GmbH –
Steuerberatungsgesellschaft
advisa-koeln@etl.de
www.etl.de/advisa-koeln
Telefon: 0221 94101980

<p>Trägerschaft: Gesellschaft für Verhaltenstherapeutisch fundierte Psychotherapie, Verhaltensmedizin, Systemisch fundierte Psychotherapie und Sexuologie e.V. Nettelbeckstraße 14, 90491 Nürnberg</p>	<p>I V S</p>	<p style="text-align: right;">Institut für Verhaltenstherapeutisch fundierte Psychotherapie Verhaltensmedizin Systemisch fundierte Psychotherapie und Sexuologie</p>
<p>staatlich anerkannt und zertifiziert n. ISO 9001:2015</p>		
<p>Fort- und Weiterbildungen (mit Fortbildungspunkten d. PTK-BY bzw. BLÄK)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerichtsgutachter/in – Forensische/r Sachverständige/r Seminare zum Fortbildungscurriculum nach den Richtlinien der Psychotherapeutenkammern (Familien-, Straf-, Sozial-, Zivil - u. Verwaltungsrecht, Glaubhaftigkeit) - Nächste Termine: <i>Laufend neue Termine</i> Dr. DP Sandra Loohs „Aussagepsychologie kompakt“ 26./27. Januar 2024 (Grundlagen, Glaubhaftigkeit) – online, Prof. Dr. DP Alexander Schmidt „Schuldfähigkeit JGG §3, JGG §105“ 10./11. Februar 2024 (Strafrecht), DP Michael Hinn „Die besondere Rolle d. Sachverständigen im familienrechtl. Gutachten, ...“ 8.-10. März 2024 (Fam.-recht) • Klinische Hypnose (KliHyp) Fortbildungscurr. d. MEG-Regionalstelle Nürnberg/Fürth (128 FE in 8 Bl.), nächster Beginn Dr. DP Burkhard Peter „Einführungssem. i. d. Hypnose“ (KE/B1)“ 18./19. Oktober 2024 <i>Neu!</i> • Klin. Hypnose, Hypnotherapie u. hypnosyst. Interventionen m. Kindern u. Jugendl. (KiHyp) Curr. (KE/K1 K7) d. MEG - Dipl.-Soz.Päd. Annalisa Neumeyer „K2 Entwicklungs- u. altersgemäße Induktionsmethoden“ 26./27. Jan. 2024 Sonderpäd. Birgit Steiner-Backhausen „K3 Weltbild und Selbstbild des Kindes...“ 1./2. März 2024. <i>Neu!</i> • Verhaltenstherapie Ergänzungsqualifikation für Ärzte und Psychologen (Curriculum 136 Std.) <i>Neu!</i> nächster Beginn: „Einführung in die Verhaltenstherapie, Verhaltensanalyse ...“ DP Jürgen Wickles 13. Jan. 2024 <i>Neu!</i> • Supervisor/in (verhaltenstherap. fund. Curr). 80 FE i. 5 Blöcken u. 6 Treffen i. Kleingruppen – nächst. Beginn: 24./25. Feb. 24 • EMDR-Zusatzqualifikation: Dr. DP Marion Schowalter „EMDR -Grundlagenseminar“ 26./27. Januar 2024 <i>Neu!</i> Dr. DP Marion Schowalter „Trainingsseminar zur Praxis des EMDR“ 9./10. Februar 2024 <p>NEU! Systemisch fundierte Psychotherapie am IVS: Seit Mai 2023 findet am IVS neben der Ausbildung in Verhaltenstherapeutisch fundierter Psychotherapie auch die Ausbildung in Systemisch fundierter Psychotherapie statt.</p> <p>Zum Vormerken: 19. Fachtagung des IVS am Samstag, den 8. Juni 2024 Thema: „Psychotherapie bei Psychosen“ - für Studierende und PIAs anderer Institute kostenfrei</p>		
<p>Kontakt und Infos: IVS, Rudolf-Breitscheid-Str. 41/43, 90762 Fürth, Tel.: 0911-975607-200, Email: fort-weiterbildung@ivs-nuernberg.de Homepage/Online-Anmeldung: www.ivs-nuernberg.de - (hier finden Sie auch Termine für weitere Seminare unserer Fort- u. Weiterbildungen)</p>		

DPTV CAMPUS Fortbildungen

Februar bis März 2024

Februar

- 07.02.** Bundesvorstand im Gespräch
Bundesvorstand der DPTV, online, 24-05
- 10.02.** Vertrauen schaffen in der Psychotherapie
– das Konzept des Epistemischen Vertrauens
Dr. med. Tobias Nolte, online, 24-06
- 15.02.** Berufspolitik für Psychotherapeut*innen
– Wie Psychotherapeut*innen Einfluss nehmen können
Amelie Thobaben, online, 24-07
- 21.02.** Mad World – Globale Krisen in der Psychotherapie
Fabian Chmielewski, online, 24-09
- 22.02.** Steuertipps für PiA
Steffen Knapp, Steuerberater/Dipl.-Finanzwirt, online, 24-10
- 23.02.** Rassismussensible Psychotherapie – Wie geht das?
- 24.02.** Erlebnisorientiertes Anti-Rassismus-Training für Psychotherapeut*innen, die nicht von Rassismus betroffen sind
Uli Heidemann, Berlin, 24-11
- 27.02.** I'm worth it!
- 05.03.** Mit kreativen Techniken das Selbstwertgefühl stärken
Barbara Klotz, online, 24-12
- 28.02.** Überblick über die Neuerungen in der ICD-11
Kapitel 06 – Mental, behavioural and neurodevelopmental disorders
Prof. Dr. Dr. Zaudig, online, 24-13
- 29.02.** Umgang mit chronischer Erkrankung und Behinderung in der Psychotherapie
Sven Berendes, online, 24-14

März

- 02.03.** Psychopharmakologie für Psychotherapeut*innen
- 03.03.** PD Dr. med. Kim Hinkelmann, Dr. med. Francesca Regen, online, 24-15
- 02.03.** Erleben statt reden – Theater Techniken in der Psychotherapie
- 03.03.** Max Jerschke, Simone Eiche, Dortmund, 24-16
- 06.03.** IT-Sicherheit in der psychotherapeutischen Praxis
Thomas Klug, IT-Security Manager, online, 24-18
- 07.03.** Strategien und Informationen auf dem Weg zur Approbationsprüfung
Kerstin Sude, Manush Bloutian-Walloschek, online, 24-17
- 09.03.** Einführung in die OPD-3
Dr. Miriam Henkel, online, 24-19
- 09.03.** Psychopharmakologie für Psychotherapeut*innen
- 10.03.** PD Dr. med. Kim Hinkelmann, Hamburg, 24-20
- 13.03.** Überblick über die Neuerungen in der ICD-11 – Persönlichkeitsstörungen
Prof. Dr. Dr. Zaudig, online, 24-21
- 15.03.** Ängste, Wut und Widerstand – Veränderungsprozesse in Organisationen begleiten
Dr. Marc Solga, online, 24-22
- 15.03.** Sozialmedizinische Anfragen – Nur lästiger Papierkram?
- 16.03.** Dr. med. Thomas Leitz, Hannover, 24-23
- 16.03.** Yoga in der Selbstfürsorge für Psychotherapeut*innen
Judith Vogel-Weissinger, Berlin, 24-24
- 19.03.** Was tun, wenn's brennt? – (Auf)Wachsen in globalen Krisenzeiten
Prof. Dr. Julia Asbrand, online, 24-26
- 22.03.** Sozialmedizinische Anfragen – Nur lästiger Papierkram?
- 23.03.** Dr. med. Thomas Leitz, online, 24-28

FROHE WEIHNACHTEN & EIN GESUNDES NEUES JAHR

wünscht Ihre DPtV

www.dptv.de

 **DPtV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung**

DPtV-Weihnachtsspende an Schatten & Licht e. V.

Seit einigen Jahren spendet die DPtV das eingesparte Geld für ihre nicht mehr gedruckten Weihnachtspostkarten an eine gemeinnützige Organisation. Dieses Jahr wurde „Schatten & Licht e. V. – eine Initiative zu peripartalen psychischen Erkrankungen“ mit einer Geldspende in Höhe von 1.500 Euro bedacht.

„Schatten & Licht“ wurde 1996 als bundesweiter, gemeinnütziger Verein von betroffenen Frauen als Selbsthilfe-Organisation zum Problemfeld der peripartalen (rund um die Entbindung auftretenden) psychischen Erkrankungen von Müttern wie peripartale Depression, Angst- und Zwangsstörung, Psychose und Geburtstrauma, gegründet. Er ist dem weltweiten Netzwerk „Postpartum Support International“ und mehreren medizinischen Fachgesellschaften angeschlossen. Die Organisation wird von ehemals betroffenen Frauen und Fachleuten getragen und verfügt über einen interdisziplinären wissenschaftlichen Beirat.

Der Verein hilft betroffenen Müttern und ihren Familien auf vielfältige Weise. Es wird Infomaterial herausgegeben, in dem die betroffenen Frauen erste Erläuterungen zum Krankheitsbild, Angebote zu weiteren Informationen und Kontaktadressen zur Geschäftsstelle, zu telefonischer Beratung oder zur Website finden können. Außerdem wird eine Broschüre publiziert, die umfangreiche Informationen stellt.

Des Weiteren werden ein bundesweites Netz von ehrenamtlichen und geschulten Beraterinnen, (Online-) Selbsthilfegruppen – auch zu Schwerpunktthemen wie Schwangerschaftsdepression, peripartale Angst- und Panikstörung, traumatische Geburt, Sternenkinder-Eltern oder Psychose – und eine therapeutisch geleitete Online-Gruppe angeboten. Eine Kontaktliste zu ehemals betroffenen Frauen ermöglicht ein niedrigschwelliges Gesprächsangebot, um von deren Erfahrungen zu profitieren. Eine Angehörigen-Liste zum Erfahrungsaustausch, Angehörigen-Tipps, Angehörigen-Beratung und eine Online-Väter-Gruppe helfen, die familiäre Situation zu erleichtern.

Um gute professionelle Anlaufstellen zu vermitteln, führt der Verein eine Liste, in der zurzeit über 2.000 Fachleute verschiedenster Berufsgruppen aufgeführt sind, die sich mit der Problematik der peripartalen Erkrankungen näher auseinandergesetzt haben. Darüber hinaus stellt der Verein ausführliche Informationen zu den Mutter-Kind-Einheiten an psychiatrischen Kliniken in Deutschland zusammen, in denen Mütter zusammen mit ihren Babys behandelt werden können, sie also – bindungsfördernd – nicht getrennt werden müssen.

Der Verein bietet Vorträge und (Online-)Fortbildungen sowohl für die breite Öffentlichkeit als auch für Fachleute der verschiedensten Fachrichtungen an und unterhält die mehrsprachige Website www.schatten-und-licht.de, die umfangreiche Informationen zu der Thematik enthält, ein moderiertes Forum beinhaltet und sehr gut besucht wird.

**Schatten
& Licht e.V.**
Initiative peripartale
psychische Erkrankungen



Kurz gemeldet ...

DPTv kritisiert Entwurf des

Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)

„Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Kassen die Patient*innen vor Gesundheitsrisiken warnen müssen. Dazu sind die Mitarbeiter*innen aber nicht ausgebildet. Krankenkassen sind keine Psychotherapeut*innen“, sagt Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der DPTv. In einer Stellungnahme zum GDNG-Entwurf sieht der Verband zudem Probleme im Schutz der Patient*innen-Daten.

<https://t1p.de/c22dq>

Anhebung des OPW – historisch, aber nicht ausreichend! Ab 1.1.2024 steigt Punktwert um 3,85 %

Die KBV und GKV-SV haben im erweiterten Bewertungsausschuss unter Vermittlung der unparteiischen Vorsitzenden einer Anhebung des Orientierungspunktwertes (OPW) zum 1.1.2024 um 3,85 % auf dann 11,9339 Cent zugestimmt (aktuell 11,4915 Cent). Zudem wurde vereinbart, den eingepreisten Vergütungsanteil für Praxisangestellte (Medizinische Fachangestellte, MFA) ab 1.1.2025 an die erzielten Tarifsteigerungen dieser Berufsgruppe zu koppeln und damit den Praxen zeitnäher bereitzustellen.

<https://t1p.de/d7se8>

Höhere Vergütung für die Behandlung von Bundeswehrangehörigen und Bundespolizist*innen

Psychotherapeut*innen in Privatpraxen bekommen für die Behandlung von Bundeswehrangehörigen und Bundespolizist*innen ab dem 1. September 2023 mehr Geld. Für psychotherapeutische Leistungen wird nach wie vor der 2,3-fache Satz gezahlt. Zusätzlich werden die Verhaltenstherapie und die Systemische Therapie mit einem Zuschlag von 17,50 Euro pro Behandlungsstunde und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie mit einem Zuschlag von 25,50 Euro pro Behandlungsstunde vergütet. Die Systemische Therapie wird mit dem 2,7-fachen Satz, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie mit dem 2,9-fachen Satz vergütet.

<https://t1p.de/zp8fs>



Elisabeth Dallüge und Dr. Josepha Katzmann ergänzen Bundesvorstand

DPTv-Bundesvorstand kooptiert zwei neue Mitglieder

„Wir freuen uns, mit Frau Dallüge und Frau Dr. Katzmann zwei sehr kompetente Psychotherapeutinnen gewonnen zu haben“, kommentiert Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der DPTv, die Kooptierung der zwei neuen Bundesvorstandsmitglieder. Auf ihrer Sitzung in Berlin bestätigte die Delegiertenversammlung der Vereinigung die Aufnahme von Elisabeth Dallüge und Dr. Josepha Katzmann in das Gremium.

Aktiv für Angestellte und Junge Psychotherapeut*innen

Elisabeth Dallüge, M.Sc. Klinische Psychologie und Psychotherapiewissenschaft, ist Psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Die 33-Jährige arbeitet im Maßregelvollzug und ist Mitglied im DPTv-Landesvorstand Westfalen-Lippe. Sie ist zudem Sprecherin des DPTv-Angestelltenausschusses sowie Mitglied des Sprecher*innenteams der Jungen Psychotherapeut*innen und der AG Reform. Sie ist Sprecherin der ver.di Bundesfachkommission PP/KJP und war bis 2022 als Sprecherin der PiA-Vertretung NRW und Sprecherin der Bundeskonferenz PiA tätig.

Forschung und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Dr. Josepha Katzmann ist niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Düsseldorf mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie und war vorher mehrere Jahre in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz tätig. Sie promovierte 2017 an der Universität zu Köln. Zwischen 2017 und 2019 koordinierte sie ein vom Bundesforschungsministerium gefördertes Verbundprojekt aus fünf Multicenter-Studien. Die 39-Jährige ist Mitglied des DPTv-Landesvorstandes Nordrhein, der KJP-AG sowie der Fachgruppe Wissenschaft und Forschung.

Ambulante tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie

Vorneweg: Dieses Praxisbuch zur Gruppenpsychotherapie ist sowohl für Kolleginnen und Kollegen, die mit tiefenpsychologisch fundierter Gruppenpsychotherapie beginnen möchten, wie auch für diejenigen, die diese schon lange durchführen, empfehlenswert.

Die Autorinnen erläutern in den zwölf Kapiteln die theoretischen Grundlagen der Gruppenpsychotherapie und der Gruppendynamik, die Planung und den Beginn einer Gruppe, die therapeutische Haltung in der Gruppenpsychotherapie, die verschiedenen therapeutischen Vorgehensweisen, die Beendigung einer Gruppenpsychotherapie. Sie verorten ihre eigenen Wurzeln in der humanistischen und in der psychodynamischen Psychotherapie und gelangen dadurch zu einem modernen Verständnis tiefenpsychologisch fundierter Gruppenpsychotherapie, welches den Vergleich zu den gruppentherapeutischen Konzepten der übrigen Richtlinienverfahren nicht zu scheuen braucht, in vielerlei Hinsicht auch über diese hinaus geht.

Für diejenigen, die mit tiefenpsychologisch fundierter Gruppenpsychotherapie in ihrer Praxis beginnen möchten, sind insbesondere die Kriterien für die Aufnahme in die Gruppe hilfreich (S. 58ff). Zwar kann nie ganz ausgeschlossen werden, dass auch eine erfahrene Psychotherapeutin sich bei der Indikationsstellung vertut, durch die beschriebenen Aufnahme- und Ausschlusskriterien für die Gruppentherapie lässt sich dieses Risiko aber verringern.

Besonders wertvoll und lehrreich finde ich das Kapitel über herausfordernde Situationen in der Gruppenpsychotherapie, mit denen jeder darin Tätige auf verschiedene Art und in unterschiedlichem Ausmaß konfrontiert ist. Was machen wir mit einem Gruppenmitglied, das zu viel Raum einnimmt? Wie gehen wir mit Aggressionen in der Gruppe um, wie mit dem Bericht eines sexuellen Übergriffs? Hier schildern die Autorinnen ausgehend von eigenen Beispielen ihre konkreten Vorgehensweisen und runden diese mit theoretischen Überlegungen ab. Durch die lebendige und konkrete Schilderung solch herausfordernder Situationen wird es möglich, dies auch lernend auf die eigenen Situationen in der Gruppenpsychotherapie zu beziehen.







Dem humanistischen Hintergrund der Autorinnen entsprechend findet sich auch ein Kapitel mit einem bunten Strauß an erlebnisaktivierenden Interventionen, die in die tiefenpsychologische Gruppenarbeit integriert und sinnvoll genutzt werden können. Als Beispiele seien hier genannt (aus der Gestalttherapie) die Arbeit mit dem leeren Stuhl, Rollenspiele und psychodramatische Aufstellungen, gruppenorientierte Awareness- und Imaginationsübungen, die den Gruppenprozess und den Prozess den einzelnen in der Gruppe voranbringen können.

Die Veranschaulichungen zu allen Themen durch Beispiele aus den eigenen Erfahrungen und Reflexionen als Gruppentherapeutin machen das theoretisch Beschriebene lebendig und nachvollziehbar. Dadurch macht es „Lust“ auf Gruppenpsychotherapie. Genau dies beschreiben die Autorinnen auch als wichtigste persönliche Voraussetzung für die Gruppenpsychotherapie. Vielleicht lässt sich der eine oder die andere davon anstecken.

Zugleich wird im Buch aber auch deutlich, welch komplexes und herausforderndes Geschehen in tiefenpsychologischen Gruppen stattfindet. Daher kann das Buch aus meiner Sicht auch nicht in einem Zug gelesen werden. Das macht aber nichts. Es eignet sich auch als Nachschlagebuch zu den einen selbst interessierenden Themen.




Noch am Rande bemerkt: Das Buch ist auch ein gutes Beispiel dafür, wie man so unaufdringlich gendern kann, dass der Lesefluss nicht behindert wird. Auch das gefällt mir.

Rezensiert von Michael Ruh

	Sigrid Pape, Marie-Luise Langenbach
	Ambulante tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie – Das Praxisbuch
	2022, Klett-Cotta
	280 Seiten
	ISBN 978-3-608-89307-6
	€ 30,00



Kreative Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen

	Angelika Reich
A	Kreative Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen Übungen zur Verarbeitung von Belastungen und Ressourcenaktivierung
	2022, Kohlhammer
	83 Seiten
ISBN	978-3-17-041859-2
€	24,00

Das kleine Buch von Angelika Reich ist ein Sammelurium an therapeutischen Traumatechniken und -übungen, die die Autorin im Rahmen ihrer Tätigkeit als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin selbst entwickelt hat. Von Beginn an beschreibt die Autorin ihre Arbeit und ihre eigene Haltung zu Psychotherapie und die Arbeit mit (traumatisierten) Kindern und Jugendlichen. Dabei schlägt sie sich sehr liebevoll auf die Seite der Kinder und schreibt über die Anstrengung der Kinder, es „richtig“ machen zu wollen und darüber, dass es keine „faulen Kinder“ gibt. Sie gibt Impulse für Fragen, die im Erstgespräch gestellt werden können (von „Welche Süßigkeiten magst du gerne?“ zu „Was macht dich wütend?“).

Das Buch ist für erfahrene Kolleg*innen gedacht, die bereits mit traumatherapeutischen Techniken arbeiten und mit Methoden wie EMDR bewandert sind. Anhand von kurzen Fallvignetten werden die vorgestellten Übungen in der praktischen Umsetzung vorgestellt. Distanzierungsübungen sind beispielsweise: die Belastungen imaginativ in den Wald zu schieben, diese in eine Kiste zu packen und einen Waldweg runterlaufen oder diese in einen Ball zu packen, der hinter dem Rücken des Kindes verborgen wird. Die Übung Abschneiden (von Gefühlen, die mir nicht gehören, sich von Therapeut*innen „abschneiden“ lassen oder sich selber anhand eines Spielschwerds abschneiden) und die Übung „Polizei“ (den inneren Kritiker als Polizist externalisieren) erlauben viel Freiraum für Spiel und Humor.

Es folgen visualisierende Übungen zur Verarbeitung von Belastungen und Traumatisierungen, die dem Kind die Möglichkeiten geben, die Intensität der Belastung vor der Prozessierung zu erfassen („die Münzenübung“) oder Belastungen in der Praxis zu lassen (Belastung in der Imagination auf ein Blatt Papier vorstellen, sich imaginativ damit verbinden, zum Beispiel mit einer Eisenkette und diese dann mit einer Flex durchtrennen). Weitere Übungen wie das Malen eines „Quatschbildes“, die Idee eines Tauschladens für belastende Sachen, das Malen eines „Pullis meines Lebens“ (unterschiedliche Muster für unterschiedliche Lebensabschnitte) sowie das Kreieren eines „Schlaraffenlandes“, wo alles gut ist (wo zum Beispiel nur Fehler erwünscht sind) erinnern auch an Methoden der kognitiven Defusion im Sinne der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT).

Die Autorin schließt das Buch mit Übungen zur Ressourceninstallation ab: Neben einer Imagination, sich mit seinem „guten Licht zu schützen“, gibt es eine Imaginationsarbeit zum inneren Bild des eigenen Flusses (Was macht ihn klein? Was macht ihn wieder stark?) und weitere Ressourcentools wie ein Köfferchen mit lauter guten Dingen zu packen, sich nur mit guten Sachen zu versorgen (wie ein „Ressourcen-Café“) oder sich selber zu verzeihen und dies mit Symbolen und Affirmation zu verankern („Ich bin okay.“).

Das Buch ist eine kleine, feine Schatzkiste mit vielen sehr kreativen, emotions- und ressourcenfördernden Übungen, die nicht nur bei Kindern, sondern auch bei (jungen) Erwachsenen genutzt werden können und das „Herz wieder ganz machen“. Auch in der Arbeit mit Flüchtlingen können viele dieser Übungen anhand ihrer anschaulichen, nicht sprachgebundenen Symbolik sicherlich effektiv genutzt werden. Dabei sollten jedoch Grundkenntnisse von Traumatherapie und auch das Wissen über bestimmte Methoden und Namen von Interventionen vorausgesetzt sein.

Es braucht mehr solcher Bücher von erfahrenen und mutigen Kolleg*innen, die selbst entwickelte, effektive und kreative Übungen und Methoden auf dem Hintergrund von Therapieschulen basierenden Konzepten mit ihren Leser*innen teilen.

Rezensiert von Marie-Christine Reiswich



Depression im Kindes- und Jugendalter







Die Diagnose einer Depression zählt zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Jugendalter mit steigenden Prävalenzen in den letzten Jahren. Daher ist die Depression ein fester Bestandteil unserer täglichen Arbeit als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Das Buch transportiert in neun Kapiteln umfassend und evidenzbasiert den aktuellen Wissensstand der Forschung im Bereich der Diagnostik, Behandlung und Prävention der Depression im Kindes- und Jugendalter. Zunächst wird in die Symptomatik und ihre alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten eingeführt, anschließend wird ein Überblick über situationsabhängige Verhaltensweisen in Schule, Peer Group und Familie gegeben. Einer Einordnung in die zwei großen Klassifikationssysteme (ICD-10 und DSM-5) folgt die Vorstellung verschiedener medizinisch-psychologischer Untersuchungsmethoden, mittels derer eine fundierte Diagnosestellung gelingt.

Differenzialdiagnostische Überlegungen werden praxisnah anhand von Fallbeispielen erläutert. In den nächsten Kapiteln gehen die Autor*innen auf verschiedene Prävalenzen ein und beschreiben mögliche Komorbiditäten. Des Weiteren werden genetische, psychische sowie soziale Risikofaktoren für die Entstehung einer Depression beleuchtet und verschiedene ätiologische Modelle diskutiert. Das Kapitel der Behandlungsmöglichkeiten befasst sich ausführlich mit den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie. Es werden verhaltenstherapeutische, psychodynamische, systemische und interpersonelle Verfahren vorgestellt und durch psychosoziale, familienbezogene sowie onlinebezogene Interventionen ergänzt. Die Möglichkeiten der pharmakologischen Behandlung als Teil eines multimodalen Behandlungskonzeptes

werden diskutiert. Abschließend betrachten die Autor*innen verschiedene Ansätze der Prävention in unterschiedlichen Ziel- und Altersgruppen, die das Risiko des Auftretens einer Depression minimieren sollen.

Insgesamt bietet das Buch einen guten Überblick über den aktuellen Stand der Forschung und über das Krankheitsbild der Depression im Kindes- und Jugendalter. Positiv hervorheben möchte ich, dass explizit auch auf die Depression von Klein- und Grundschulkindern und deren individuelle Symptomatik, Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten eingegangen wird. Die Fallbeispiele und Handlungsempfehlungen laden dazu ein, eigene Fälle zu reflektieren und die eigene Arbeit mit neuem fachlichem Input anzureichern.

Rezensiert von Daniela Klug

	Gerd Schulte-Körne, Ellen Greimel (Hrsg.)
	Depression im Kindes- und Jugendalter Rechtzeitig erkennen, wirksam behandeln und vorbeugen
	2023, Kohlhammer
	314 Seiten
	978-3-17-038736-2
	€ 49,00



Therapie-Tools Peripartalzeit

Endlich: Ein Therapie-Tools Buch für frischgebakene Eltern. Die Peripartalzeit ist (im Vergleich zur Pränatalzeit) noch ein relativ neuer therapeutischer Bereich mit noch wenig Versorgungsangeboten, insbesondere im ambulanten Bereich. Die Geburt des Kindes und die Zeit danach wird, insbesondere in Social-Media-Zeiten, idealisiert, so dass viele Eltern sich nicht trauen anzusprechen, dass sie erschöpft, enttäuscht, überfordert oder psychisch angeschlagen sind.

Die Therapie-Tools sind in vier Hauptkapitel eingeteilt: „Elternschaft und Elternrolle“, „Aufbau, Entwicklung und Stützung der Eltern-Kind-Beziehung“, „Wohlfühlen und Bewältigungsstrategien“ sowie „Der Blick in die Zukunft“. Dabei sind die Arbeitsmaterialien nicht als striktes Therapieprogramm gedacht, sondern als einzelne Bausteine im Einzel- oder Gruppensetting anwendbar. Die Autor*innen haben die Materialien liebevoll gestaltet mit kleinen Skizzen und die Schreibweise ist sehr wohlwollend und ressourcenorientiert. Viele Materialien nutzen auch Humor und Akzeptanz als wichtige therapeutische Werte in dieser sehr sensiblen Zeit.

Im ersten Kapitel geht es um die Auseinandersetzung mit der eigenen Herkunftsfamilie sowie mit den verschiedenen Rollen, Wunschvorstellungen und Erwartungen. Besonders inspirierend fand ich die Arbeitsblätter zur Unterscheidung von gesunden und ungesunden Grenzen sowie die Reflektion zu Freundschaften, und warum es als Eltern auch neue Freundschaften braucht (Stichwort Babys als Verbindung). Hier würde ich mir wünschen, dass auch die Wichtigkeit einer Vernetzung als Väter Beachtung finden sollte (auch mit konkreten Tipps, zum Beispiel Vereine oder Initiativen), denn auch für sie verändert sich viel und Austausch findet hier aus meiner praktischen Erfahrung viel zu wenig statt.




Im zweiten Kapitel widmen sich die Autorinnen dem Thema Aufbau, der Entwicklung und Stützung der Eltern-Kind-Beziehung. Hier beschreiben die Autorinnen Möglichkeiten der videogestützten Eltern-Kind-Kommunikation, geben Ideen und Orientierung zum „besseren Lesen“ der Bedürfnisse des Babys, bieten eine Memory-Vorlage zu Signalen und Reaktionen in der Interaktion, stellen konkrete Übungen zur Stärkung des Bondings vor (zum Beispiel Kuschelsessions, Herzensperlen) und gehen auch auf negative Emotionen ein. Die eigene Selbstwirksamkeit und Kompetenz werden gestärkt sowie dysfunktionale Ansprüche in Frage gestellt mit Arbeitsblättern wie „Kompetenzen-Mobile“ „die 10 Gebote der elterlichen Perfektion“ sowie „Bullshit Bingo“ (sehr beliebt bisher bei meinen Patient*innen).

Im Kapitel „Wohlfühlen und Bewältigungsstrategien“ geht es um Stressquellen des Babys und der Eltern, den Aufbau positiver Aktivitäten, Möglichkeiten der Entlastung, Entspannungsübungen (Bauchatmung und Atemübungen) sowie Psychoedukation zum Thema Schlaf, Schuldgefühle und Ängste und Traumata. Hilfreich wären an dieser Stelle auch Arbeitsblätter zu Zwangsgedanken und zum Reflektieren von Belastungsfaktoren auf dem Weg zur Elternschaft (Fehlgeburten, lange Kinderwunschzeit, sekundärer Kaiserschnitt, ...). Besonders hervorzuheben finde ich die Arbeitsblätter für Paare mit zwei berufstätigen Elternteilen: Hier gehen die Autor*innen auf mögliche Fallen ein und geben Impulse zu Vereinbarungen, Arbeitsteilung und Konfliktmanagement. Um in dieser sehr fordernden Zeit auch noch Paar zu bleiben, gibt es Arbeitsblätter zu Paarritualen, „sliding door moments“ (Verbundenheit stärken) sowie Sexualität.

Im letzten Kapitel helfen die Arbeitsblätter, den Therapieabschluss inklusive Rückfallprophylaxe (mit Notfallplan und Werkzeugkoffer) zu strukturieren.

Ein sehr reiches und wertvolles Buch für Kolleg*innen, die mit frischgebackenen Eltern arbeiten – vielfältig einsetzbar, ob im Beratungs-, Paar- oder Einzeltherapiekontext. Arbeitsblätter zum Thema „kritischer Medienkonsum in der Peripartalzeit“ sowie eine Literaturliste mit psychotherapeutisch wertvollen Empfehlungen für Podcasts, Blogs und Bücher wäre wünschenswert, zumal die Eltern, die mir im Praxiskontext begegnen, zunehmend auch durch Instagram und Co. (#Mominfluencer) in dysfunktionale Vergleichs- und Abwertungsspiralen rutschen und sich leider oft anhand wissenschaftlich nicht fundierter Literatur überfordern.

Rezensiert von
Marie-Christine Reiswich

	Patricia Trautmann-Villalba, Sarah Hain
A	Therapie-Tools Peripartalzeit Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial
	2023, Beltz
	244 Seiten
ISBN	978-3-621-28935-1
€	46,00



Praxisabgabe

Stuttgart Zuffenhausen

Halbe Praxis in 2024 abzugeben
KV-Zulassung (VT Erwachsene) vorhanden

Kontakt: Praxis-Arndt@t-online.de

Praxisvermietung

Hamburg Rotherbaum. Heller großer Praxisraum ab sofort zu vermieten.

In psychotherapeutischen Praxisgemeinschaft. Gut erreichbar, zur Untermiete. Jeweils Do. und Fr., ganztägig verfügbar.

Weitere Informationen bei Interesse:
ina.wolf-bauwens@gmx.de

Verschiedenes

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte
Supervision bei VT-Antragstellung
von Dipl.-Psychologin
Tel.: 02234 / 949 170
E-Mail: ju_bender@t-online.de

Supervisorin, KJP, VT, Fam.th., Hypnoth.
hat Termine frei.

Infos unter 02382-940740

Neue Ausbildungsgruppe in Integrativer Paartherapie in Hamburg

10 Wochenenden ab Februar 2024, akkreditiert bei
der PTK Hamburg, 190 FF. Alles Weitere auf norddeutsche-paarakademie.de. Kontakt: Dr. Dieter
Teschke, mail: npa@norddeutsche-paarakademie.de

Stellenangebote

Psycholog. Psychotherapeut / KiJu-Psychotherapeut (m/w/d) für Therapiezentrum Osterhof e.V. im Schwarzwald gesucht.

Wir bieten: Große Gestaltungsmöglichkeiten, Vergütung nach TVÖD, großzügige betriebl. Altersvorsorge, nahezu alle Schulferien arbeitsfrei, großzügige Dienstwohnung in unseren Schwarzwaldhäusern für Sie und Ihre Familie, Mitversorgung durch unsere Küche, Arbeiten und Leben inmitten wunderschöner Natur. Weitere Informationen unter www.therapiezentrum-osterhof.de/jobs, Kontakt: martin.schmid@therapiezentrum-osterhof.de oder 07442/3003

Psychologische/r Psychotherapeut/in (Voll-/Teilzeit) in großer VT-Praxis Nähe Heidelberg gesucht.

Wir bieten: angenehmes u. abwechslungsreiches Arbeiten in einer modernen, professionell geführten Praxis mit sympathischem Team. Unbefristete Stelle mit überdurchschnittlicher Vergütung, regelmäßige Intervention, Qualitätszirkel, Kostenübernahme von Fortbildungen u. Supervision, flexible Arbeits- u. Urlaubszeiten. Große Gestaltungsmöglichkeiten bzgl. Behandlungsspektrum u. -setting (Einzel / Gruppen / KJP). Sie bringen mit: Approbation als Psych. Psychotherapeut/in, Arztregistereintrag, Fachkunde Verhaltenstherapie (Erwachsene / Gruppe / KJP), Freude am ambulanten Arbeiten in einem großen Praxisteam. Weitere Informationen u. Kontakt: Praxis Dr. Vera Steiger-Loerbroks & KollegInnen, 06224/160 36 52 oder praxis@psychotherapie-leimen.de, www.psychotherapie-leimen.de

PSALTO: PTBS-Centrum Oldenburg/Friesland, eine Einrichtung zur Behandlung psychischer Unfallfolgen, sucht Sie als (gerne auch neuapprobierten) PPT, wenn Sie psychotraumatologische Weiterbildungen interessieren und störungs- und behandlungsbezogen eine eklektizistische Grundhaltung einnehmen. Zunächst können Sie auf Minijob-Basis beschäftigt werden, eine sozialversicherungspflichtige Anstellung ist perspektivisch möglich. Weitere Infos unter „Aktuelles“ auf www.psalto.de.

GESUCHT: Approbierte*r Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in (m/w/d) in Frankfurt/M – analytisch, tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch fundiert – Vollzeit, Festanstellung und unbefristet! Kontakt: bewerbung@winges.net

Anzeigen

medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1 · 69115 Heidelberg
Sabine Hornig · Telefon 06221 91496-15
Alina Machka · Telefon 06221 91496-17
anzeigen@psychotherapieaktuell.de

Die Mediadaten unserer Zeitschrift finden Sie unter www.psychotherapieaktuell.de.

Für ein individuelles Angebot nehmen Sie gerne Kontakt zu unserer Anzeigenabteilung auf.

Chiffre-Zuschriften richten Sie bitte in einem zweiten verschlossenen Umschlag an:

medhochzwei Verlag
Frau Sabine Hornig
Chiffre PA
Alte Eppelheimer Straße 42/1
69115 Heidelberg

Anzeigenschluss für Ausgabe 1.2024:
19. Januar 2024

Kleinanzeigenpreise 2024

Pro Millimeter: 4,70 Euro
Mindesthöhe: 17 mm

Liebe DPTV-Mitglieder,

bitte geben Sie Ihre Anzeige über medhochzwei-verlag.de oder direkt unter mhz-anzeigen.de ein. Für Aufträge, die nicht über ein Portal gehen, müssen wir 15,00 Euro Bearbeitungskosten in Rechnung stellen. Kleinanzeigen können wie gewohnt auch im Bundesmitgliederbrief der DPTV erscheinen. Hierzu kontaktieren Sie bitte die DPTV (bmb-anzeigen@dptv.de).

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlags

Hinweis an unsere Anzeigenkunden zum Praxiskauf/-verkauf

Der sogenannte KV-Sitz ist eine vom regionalen Zulassungsausschuss erteilte Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Diese Zulassung ist kein Besitz und kann weder verkauft, noch abgegeben, noch gekauft werden. Alle frei werdenden KV-Sitze werden von den KVn bekannt gemacht. Es wird häufig jenem Bewerber die Abrechnungsgenehmigung erteilt, der eine Absprache hat mit demjenigen, der den Sitz aufgibt, d. h. zurückgibt. Das muss aber nicht sein und es gibt keinen Rechtsanspruch.

Bitte verwenden Sie daher folgende Formulierungen, wenn Sie eine Praxis kaufen oder verkaufen möchten:

- Praxis zu verkaufen, KV-Zulassung vorhanden
- Praxisanteil zu verkaufen, KV-Teilzulassung vorhanden
- Praxis zu kaufen gesucht, KV-Zulassung erwünscht
- Praxisanteil zu kaufen gesucht, KV-Teilzulassung erwünscht

Mit diesen Formulierungen sind alle relevanten Optionen abgedeckt und es wird allen Formalien entsprochen. Wir erlauben uns, Ihre Anzeige ohne Rücksprache entsprechend anzupassen. Welche weiteren Beschreibungen der Praxis Sie hinzufügen, ist selbstverständlich Ihnen anheimgestellt.

Ihr Anzeigenteam des medhochzwei Verlags

Impressum

Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ hat sich zum Ziel gesetzt, die Anliegen der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in den Mittelpunkt zu stellen. Sie widmet sich regelmäßig aktuellen gesundheitspolitischen und juristischen Themen und gibt praktische Hilfestellung für den Praxisalltag. Sie ist Verbandszeitschrift der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung (DPTV) e.V. Die Zeitschrift „Psychotherapie Aktuell“ erscheint i. d. R. viermal jährlich. Sonderausgaben sind möglich. Für Mitglieder der DPTV ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.
Aktuelle Auflage: 27.000 Exemplare

Verlag und Herausgeberin

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 235009-0 · Fax 030 235009-44
bgst@dptv.de · www.dptv.de

Verantwortliche Schriftleitung

Sabine Schäfer (v.i.S.d.P.)
Tobelwasenweg 10 · 73235 Weilheim/Teck
Telefon 07023 749147 · Fax 07023 749146
sabineschaefer@dptv.de

Kontaktanschrift der Redaktion

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Jeannine Nickolai
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 235009-73
psychotherapieaktuell@dptv.de

Layout/Satz

Jacqueline Lee

Redaktionsbeirat

Carsten Frege, Dr. Christina Jochim, Mechthild Lahme, Dr. Enno E. Maaß, Dr. Anke Pielsticker, Dr. Cornelia Rabe-Menssen, Sabine Schäfer, Hans Strömsdörfer

Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sowie die Darstellung der Ideen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder der Herausgeberin wieder. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, aber ohne Gewähr. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung, auch in Auszügen, ohne schriftliche Einwilligung des Verlags unzulässig. Nachdruck, Aufnahme in Onlinedienste und im Internet sowie Vervielfältigung, Einspeicherung oder Verarbeitung der auch in elektronischer Form erscheinenden Beiträge in Datensysteme nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Verlags. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Hinweise für Autor*innen

Das Informationsblatt zur Manuskriptgestaltung können Sie per Mail unter psychotherapieaktuell@dptv.de anfordern.

Anzeigen

medhochzwei Verlag
Alte Eppelheimer Straße 42/1 · 69115 Heidelberg
Sabine Hornig · Telefon 06221 91496-15
Alina Machka · Telefon 06221 91496-17
anzeigen@psychotherapieaktuell.de

Druck

Brandenburgische Universitätsdruckerei
und Verlagsgesellschaft Potsdam mbh
Wetzlarer Straße 54
14482 Potsdam
ISSN 1869-0335

Inserentenverzeichnis

Seite

AGG Arbeitsgemeinschaft Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse e. V., Göttingen	31
HASOMED GmbH, Magdeburg	4, 11, 27
IVS Institut für Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und Sexuologie, Fürth	45
Kanzlei Meisterernst/Düsing/Manstetten, Münster	33
medatixx GmbH & Co. KG, Eltville/Rhein.....	17
New Media Company GmbH & Co. KG, Oldenburg	15
Pluswert Wirtschaftsdienst GmbH & Co. KG, Münster	2
Schattauer Verlag, Stuttgart	37
zollsoft GmbH, Jena	23

Einer Teil- oder der Gesamtauflage sind Beilagen folgender Institutionen beigelegt:
W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Bildnachweise

Seite

Adobe Stock/paco	U1, 5, 13
Adobe Stock/by-studio	5, 18
Adobe Stock/Jürgen Fälchle	5, 38
Adobe Stock/alimyakubov.....	6
Adobe Stock/Irina Shamina.....	8
Adobe Stock/Good Studio	25, 27
Stang © Kerstin Nussbächer	26
Adobe Stock/Photographie.eu.....	28
Adobe Stock/MP Studio	34-35
Adobe Stock/Generiertes Bild.....	42-43
Adobe Stock/ngupakarti.....	49-52

Die Bilder sind in Leserichtung benannt (von links nach rechts, oben nach unten). Die Autor*innenbilder wurden privat zur Verfügung gestellt.

Wir drucken klimaneutral auf FSC®-zertifiziertem Papier.



Die nächste Ausgabe der Psychotherapie Aktuell erscheint am 1. März 2024.

Adressen DPTV

Bundesgeschäftsstelle

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 235009-0
Bundesgeschäftsführer: Carsten Frege

Pressesprecher: Hans Strömsdörfer
Telefon 030 235009-27
presse@dptv.de

Berufsbezogene Mitgliederberatung:
Telefon 030 235009-40
Mo, Fr 10:00 – 13:00 Uhr, Mi 11:00 – 15:00 Uhr
mitgliederberatung@dptv.de

Hotline zur Ausbildungsreform:
Telefon 030 235009-26
Mo 15:00 – 16:00 Uhr

Fragen rund um die Mitgliedschaft:
mitgliederverwaltung@dptv.de

Bundeschvorsitz

Bundeschvorsitzender

Gebhard Hentschel
Neubrückenstraße 60
48143 Münster
gebhardhentschel@dptv.de

Stellv. Bundeschvorsitzende

Dr. Christina Jochim
Reichsstraße 106
14052 Berlin
christinajochim@dptv.de

Barbara Lubisch
Schmiedstraße 1
52062 Aachen
barbaralubisch@dptv.de

Dr. Enno E. Maaß
Klusforder Straße 3
26409 Wittmund
ennomaass@dptv.de

Dr. Anke Pielsticker
Tal 15
80331 München
ankepielsticker@dptv.de

Michael Ruh
Steinweg 11
35066 Frankenberg
michaelruh@dptv.de

Sabine Schäfer
Tobelwasenweg 10
73235 Weilheim
sabineschafer@dptv.de

Kooptierte Mitglieder

Elisabeth Dallüge
Wilhelmstraße 120
44649 Herne
elisabethdalluege@dptv.de

Dr. Josepha Katzmann
Klosterstraße 45
40211 Düsseldorf
josephakatzmann@dptv.de

Vorstand der Delegiertenversammlung

Julia Leithäuser (Vorsitzende)
Dr. Kristina Schütz (Stellv. Vorsitzende)

Ansprechpartner*innen/Landesvorsitzende in den Bundesländern

Baden-Württemberg

Dr. Alessandro Cavicchioli
dralessandrocavicchioli@dptv.de

Landesgeschäftsstelle Baden-Württemberg
Daniela Ullrich
Ringstraße 17
69245 Bammmental
gs-bw@dptv.de

Bayern

Rudolf Bittner
Innere Münchener Straße 8
84036 Landshut
Telefon 0871 45018
rudi-bittner@t-online.de

Berlin

Dr. Christina Jochim
Reichsstraße 106
14052 Berlin
christinajochim@dptv.de

Landesgeschäftsstelle Berlin
Jana Serebriakova
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 23500934
Mi 17:00 – 19:00 Uhr
gst-berlin@dptv.de

Brandenburg

Dr. phil. Petjo Bangeow
Joachim-Gottschalk-Straße 12
01968 Senftenberg
Telefon 03573 9347059
p.bangeow@gmail.com

Bremen

Amelie Thobaben
Friedrich-Ebert-Straße 124
28201 Bremen
Telefon 0421 4334329
amelie-thobaben@dptv.de

Hamburg

Gemeinschaftspraxis für Psychotherapie
Kerstin Sude
Lsestraße 41
20144 Hamburg
Telefon 040 46776086
kerstinsude@dptv.de

Hessen

Ilka Heunemann
ilkaheunemann@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Hessen
Martina Büschel
Rheinstraße 1
65307 Bad Schwalbach
Telefon 06124 7277588
Mo, Mi 9:30 – 12:30 Uhr
Di, Do 8:30 – 11:30 Uhr
Fr 9:30 – 11:30 Uhr
hessen@dptv.de

Mecklenburg-Vorpommern

Karen Franz
Rudolf-Breitscheid-Straße 7
23936 Grevesmühlen
Telefon 03881 79050
karen.franz@dptv-mv.de

Niedersachsen

Dr. Enno Maaß
ennomaass@dptv.de
Landesgeschäftsstelle Niedersachsen
c/o Michael Kladny
Sallstraße 76
30171 Hannover
gs-niedersachsen@dptv.de

NRW-Nordrhein

Andreas Pichler
Alte Poststraße 9
53639 Königswinter
a.pichler@t-online.de

Landesgeschäftsstelle Nordrhein
c/o Olaf Wollenberg

Lucia Reinartz
Oulustraße 12
51375 Leverkusen
Telefon 0214 90982370
Mo 10:00 – 14:00 Uhr, Do 9:00 – 12:00 Uhr
gs-nordrhein@dptv.de

NRW-Westfalen-Lippe

Manush Bloutian-Walloschek
Bahnhofstraße 17
58300 Wetter
Telefon 02335 6848680
manushbloutian@dptv.de

Landesgeschäftsstelle Westfalen-Lippe

c/o Dr. Inez Freund-Braier
Leiterin: Stephanie Mester
Bahnhofstraße 6
58642 Iserlohn
Telefon 02374 9247414
Mo, Mi 8:15 – 11:15 Uhr
gs-westfalen-lippe@dptv.de

Rheinland-Pfalz

Sabine Maur
Kaiserstraße 38
55116 Mainz
sabine.maur@dptv-rlp.de

Saarland

Kathrin Schlipphak
Quienstraße 20 a
66119 Saarbrücken
Telefon 0681 99886226
kathrinschlipphak@dptv.de

Sachsen

Sven Quilitzsch
Osterweihstraße 5
08056 Zwickau
Telefon 0375 2004875
psychotherapie@quivital.de
Landesgeschäftsstelle Sachsen
Torsten Löffelmann
Himmelfürststraße 15
08062 Zwickau
Telefon 0375 2004877
vorstand@sachsen.dptv.de

Sachsen-Anhalt

Lisa Marie Hubbe
Am Rodelberg 6
39343 Ackendorf
lisahubbe@dptv.de

Schleswig-Holstein

Heiko Borchers
Vinetaplatz 5
24143 Kiel
Telefon 0431 731760
heiko.borchers@dptv.de

Thüringen

Dagmar Petereit
Radegundenstraße 9
99084 Erfurt
Telefon 0361 2626888
info@praxis-petereit.de



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Wissenschaft und Forschung



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

REPORT PSYCHOTHERAPIE 2023

SONDERAUSGABE

Psychische Gesundheit
in der COVID-19-Pandemie

Online lesen unter
dptv.de/report2023!