

Aktuelles aus der Forschung

Matthias Ochs

Psychotherapeutenkammer Hessen

Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie stellt wirksame Alternative zu Antidepressiva bei Rückfallprophylaxe dar

Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E. & Teasdale, J.D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76 (6), 966-978.

Die Rückfallrate bei unbehandelten Depressionen wird im Erwachsenenalter bei 80% angesiedelt. Die Rückfallvorsorge stellt deshalb eine wichtige Aufgabe in der nachhaltigen Behandlung von Patienten mit Depressionen dar. In der vorliegenden Studie wird bei Patienten mit antidepressiver Medikamentenbehandlung untersucht, ob sich a) die Beibehaltung dieser Behandlung oder b) Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (bei gleichzeitiger Verringerung bzw. Beendigung der Medikamentenbehandlung) für die Rückfallprophylaxe besser eignet. Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie stellt einen Hybrid aus Achtsamkeitsbasiertem Stressreduktionstraining, das seine Wurzeln u. a. in buddhistisch-meditativen Konzepten hat und von John Kabat-Zinn entwickelt wurde, und kognitiver Depressionstherapie nach Beck dar. Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie wird in der

Regel, so auch in dieser Studie, in Form eines achtwöchigen, manualisierten Gruppentherapieprogramms angewendet. Es wurde eine Therapievergleichsuntersuchung mit zwei Therapiegruppen durchgeführt (eine Gruppe bestehend aus 62 Patienten mit Beibehaltung der Medikamentenbehandlung, eine andere Gruppe bestehend aus 61 Patienten mit Achtsamkeitsbasierter Kognitiver Therapie plus Verringerung bzw. Beendigung der Medikamentenbehandlung), wobei die Patienten per Zufall den Gruppen zugewiesen wurden (Randomisierung). Untersucht wurden hierbei folgende Parameter als abhängige Variablen: 1. Rückfallrate; 2. Sekundäre Erfolgsmaße, wie Lebensqualität und komorbide seelische und körperliche Symptome und 3. Kosteneffektivität. In der 15-Monate-Katamnese ergab sich für die Patientengruppe mit Beibehaltung der antidepressiven Medikamentenbehandlung eine Rückfallrate von 60%, in der Gruppe mit Achtsamkeitsbasierter Kognitiver Therapie eine Rückfallrate von 47%. Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie hat sich zudem als wirksamer herausgestellt, was die Verringerung depressiver Residualsymptomatik, die psychopathologische Komorbidität sowie die Verbesserung der

Lebensqualität angeht. 75% der Patienten in der Gruppe mit Achtsamkeitsbasierter Kognitiver Therapie setzten die Antidepressiva komplett ab. Bezüglich Kosteneffektivität haben sich keine Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsarten gezeigt. Patienten (aus beiden Gruppen), die einen Rückfall im Untersuchungszeitraum hatten, tendierten interessanterweise zur Behandlung des Rückfalls eher zu Antidepressiva.

Kommentar: Es war explizit nicht Ziel der Studie, mögliche Mechanismen der Rückfallvorsorge mittels Achtsamkeitsbasierter Kognitiver Therapie zu untersuchen. Möglich ist jedoch, so spekulieren die Autoren, dass größere Achtsamkeit Patienten dazu befähigt, Rückfallssignale an sich selbst frühzeitiger zu erkennen und automatisierte Reaktionsmuster (z. B. überforderndes Verhalten, negatives Denken) diesbezüglich zu unterbrechen. Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie kann eine Alternative zur medikamentösen Rückfallprophylaxe sein, denn die Compliance hierfür betrug zumindest in der vorliegenden Studie 85% (die Einnahmecompliance von Antidepressiva beträgt bekanntlich mitunter nur 50%). Zudem erlernen Pa-

tienten, dass sie mittels einer verbesserten Aufmerksamkeit und Achtsamkeit gegenüber Frühwarnsymptomen durch verändertes Handeln und Denken aktiv gegensteuern können und werden so in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt. Allerdings verlangt das Erlernen von Achtsamkeit im Sinne der Behandlung ein hohes Maß an Disziplin, wofür Patienten aufgrund ihrer Sozialisation und Ausstattung bekanntlich sehr unterschiedlich befähigt sind.

Für den Kontext der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass Achtsamkeitsbasierte Kognitive Psychotherapie trotz kognitiv verhaltenstherapeutischer Elemente und Manualisierung keine wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Methode im Sinne des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie darstellt (wenngleich eine Vielzahl von Studien in renommierten Fachzeitschriften vorliegen). Eine sozialrechtlich Anerkennung durch den G-BA liegt für die Methode ebenfalls nicht vor. Zudem werden Kurse in Achtsamkeitsbasierter Kognitiver Psychotherapie in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezuschusst. Es gibt aber Ausnahmen. Die meisten Betriebs-

krankenkassen bezuschussen Gruppenkurse zur Achtsamkeitsbasierten kognitiven Psychotherapie (etwa im Rahmen von Präventionskursen), sofern der Kursanbieter die berufliche Qualifikation und eine entsprechende Ausbildung besitzt. Außerdem scheint es so, dass Psychotherapeuten selbst über eine solide Achtsam-

keits-/Meditationspraxis verfügen müssen, um das Manual fachgerecht und professionell durchführen zu können. Dennoch können Elemente des Manuals, wie etwa der sog. „body scan“ auch im Kontext von Richtlinienpsychotherapie, beispielsweise im Rahmen von Entspannungsinduktionen, Verwendung finden.

Körperpsychotherapie hilft bei generalisierten Angststörungen

Levy-Berg, A., Sandell, R. & Sandahl, C. (2009). *Affect-Focused Body Psychotherapy in Patients with generalized Anxiety Disorder: Evaluation of an Integrative Method. Journal of Psychotherapy Integration*, 19 (1), 67-85.

Gefühlsfokussierte Körperpsychotherapie ist ein manualisierter Behandlungsansatz, der vor psychodynamischem Hintergrund körperorientierte psychotherapeutische Techniken zur Erkundung von Gefühlen nutzt. Ziel ist hierbei, den Patienten dabei zu unterstützen, die „Information“ seiner Gefühle, die in bestimmten somatischen Symptomen „stecken“, besser zu verstehen und die Toleranz für Gefühle im Allgemeinen und für Angst im Speziellen zu erhöhen. Die vorliegende Studie stellt eine randomisierte Vergleichsgruppenuntersuchung mit 61 Patienten mit der Diagnose einer generalisierten Angststörung dar. Verglichen wurden hierbei eine Untersuchungsgruppe, die mit gefühlsfokussierter Körperpsychotherapie behandelt wird (eine Sitzung pro Woche über den Zeitraum von einem Jahr) und eine Untersuchungsgruppe, die nach üblichem Vorgehen psychiatrisch be-

handelt wird. Zur Überprüfung der Wirksamkeit beider Behandlungsbedingungen wurden drei Fragebögen (ein Angstfragebogen, die Symptom Checklist SCL-90 und der WHO Well Being-Index) zu Beginn, am Ende der Behandlung sowie ein Jahr nach Ende der Behandlung eingesetzt. Insgesamt betrachtet konnte in beiden Behandlungsgruppen über den Behandlungszeitraum eine statistisch bedeutsame Verringerung der Gesamtsymptombelastung verzeichnet werden. Diese Verringerung setzte sich auch ein Jahr nach der Behandlung fort, allerdings weniger stark. Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen gab es allerdings betreffend der Gesamtsymptombelastung, gemessen mit der Symptom-Checklist SCL-90: Die Patienten in der Körperpsychotherapie-Behandlungsgruppe konnte diese deutlich mehr reduzieren, als die Untersuchungsgruppe, die nach üblichem Vorgehen psychiatrisch behandelt wurde. Zudem reagierten die Messinstrumente zur Erfassung der Angst unterschiedlich sensitiv: Mithilfe des Beck Anxiety Inventory konnten keine statistisch bedeutsamen Wirksamkeitsunterschiede zwischen den



DGPPN KONGRESS 2009

25. – 28. November 2009 • ICC Berlin

mit DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung und Pflegekongress



CME-akkreditiert
Fortbildungsprogramm jetzt online
500 Stipendien für Medizinstudenten

Psychische Erkrankungen in der Lebensspanne

- Verlauf und Prävention psychischer Erkrankungen
- Psychosoziale und biologische Einflüsse auf den Krankheitsverlauf
- Psychische Erkrankungen am Übergang von der Kindheit und Jugendzeit zum Erwachsenenalter
- Demenzielle Erkrankungen
- Alters- und störungsspezifische Psycho- und Pharmakotherapie
- Bedarfsgerechte Versorgung, Qualitätssicherung und Honorierung

Anmeldeschluss für wissenschaftliche Beiträge

1. Juli 2009 Freie Vorträge und Poster

Anmeldung unter www.dgppn-kongress.de



In Zusammenarbeit mit der World Psychiatric Association WPA

beiden Behandlungsbedingungen ausgemacht werden, wohl aber mittels der Angst-Unterskala der Symptom Checklist SCL-90. Diese Unterskala weist auf eine größere Reduktion der Angst in der Körperpsychotherapie-Behandlungsgruppe hin.

Die Autoren machen auf eine Reihe von Begrenzungen der Aussagekraft der Untersuchung aufmerksam, die vor allem damit zusammenhängen, dass sie im Versorgungskontext durchgeführt wurde. So muss etwa eine fehlende „Reinheit“ der Patientengruppe (z. B. teilweise vorhandene schwere Komorbiditäten, unterschiedlicher Chronizität) konstatiert werden. Zudem wurden in der Untersuchungsgruppe mit üblicher psychiatrischer Behandlung konkret recht unterschiedliche Behandlungen durchgeführt, teilweise, wie die Autoren betonen, sogar hochwertige Psychotherapie.

Die Studie kann als Kompromissversuch betrachtet werden, einerseits künstlichen Laborbedingungen zu entkommen (und somit die externe Validität zu erhöhen) und andererseits gleichzeitig trotzdem bestimmte Standards experimenteller Psychotherapieforschung, wie Randomisierung und Manualisierung der Körperpsychotherapiebedingung, zu erfüllen. Trotz dieser Limitierungen folgern die Autoren, dass Körperpsychotherapie eine wirksame Behandlung bei Angststörungen darstellt, vergleichbar etwa mit kognitiv-behavioralen Strategien.

Kommentar: Die Autoren betrachten die Einbeziehung körperpsychotherapeutischer Elemente in die Behandlung von Patienten mit generalisierter Angststörung deshalb als indiziert, da diese Patienten häufig wegen Muskelverspannungen und Schmerzen somatische

Mediziner und Physiotherapeuten aufsuchen – jedoch durch deren Zugang zu den körperlichen Symptomen oft frustriert werden. Ein körperpsychotherapeutischer Zugang hingegen setzt ebenfalls an den körperlichen Symptomen an, versucht jedoch über diesen zugrundeliegende Gefühle, vor allem Ängste, anzusteuern.

Erwähnt werden sollte, dass die „Dosis“ der Therapie – Sitzungen über ein ganzes Jahr hinweg – in der vorliegenden Studie größer ist als in anderen publizierten Studien zur generalisierten Angststörung und die Effekte geringer als beispielsweise in neueren verhaltenstherapeutischen Studien, mit etwa um eine Akzeptanzkomponente erweiterte psychotherapeutische Methode.

Es haben sich mittlerweile viele interessante Ansätze zur

Arbeit mit dem Körper in der Psychotherapie entwickelt (wie etwa auch der in der Studie applizierte Ansatz), jedoch haben solche Verfahren „bisher wenig Verbindung zur Sprache und Praxis der Richtlinienpsychotherapie gefunden“, so der Körperpsychotherapeut Thomas von Stuckrad. Dies hängt vor allem auch damit zusammen, dass in den Psychotherapie-Richtlinien explizit festgestellt wird, dass „körperbezogene Therapieverfahren“ keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind und nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören. Für die Praxis der psychotherapeutischen Versorgung stellt sich also die Herausforderung, wie Patienten innerhalb der Richtlinienvorgaben dazu ermutigt werden können, auf Körperprozesse zu achten und diese therapeutisch genutzt werden können.

Psychotherapie geht häufig mit positiven Veränderungen in der Lebensqualität einher

Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M.B., Ring-Kurtz, S., Gallop, R., Stirman, S., Present, J., Temes, C. & Goldstein, L. (2008). Changes in positive quality of life over the course of psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 45 (4), 419-430.

Die vorliegende Untersuchung stellt eine Zusammenfassung von fünf Studien dar, in denen die Veränderungen der Lebensqualität über den Verlauf von Psychotherapie (vier Messzeitpunkte: prä, post, 6- und 12-Monate-Katamnese) bei Patienten (n=139) mit unterschiedlichen psychischen Störungen (generalisierte

Angststörung, Panikstörung, Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Adipositas) erfasst wurde. Eingesetzt wurden verschiedene psychotherapeutische Ansätze, u. a. interpersonelle Psychotherapie nach Luborsky und kognitive Therapie nach Beck. Als Messinstrumente kamen eine Reihe symptombezogener Fragebögen, ein Fragebogen zur Erfassung interpersoneller Probleme sowie das „Quality of Life Inventory“ (QOLI) zur Anwendung. Die Fragen des QOLI beziehen sich auf Bereiche, wie beispielsweise Beruf, Beziehung, Freunde, Finanzen, Gesundheit, Nachbarschaft, Kreativität, Lernen, Ziele und Werte, Verwandte, Erholung.

Als ein interessanter Befund erscheint zunächst einmal, dass sich zu Therapiebeginn die Lebensqualität zwischen den fünf Patientengruppen bedeutsam unterschied: Patienten mit Adipositas und Panikstörungen wiesen vergleichsweise deutlich positivere Lebensqualitätsmaße auf, während Patienten mit Depressionen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen deutlich negativere Lebensqualitätswerte angaben. Patienten mit generalisierter Angststörung gaben leicht negative Lebensqualitätswerte an.

Es zeigte sich, dass sich die Lebensqualität insgesamt betrachtet im Durchschnitt

moderat bis stark vom Beginn der Behandlung bis zur Nachbefragung nach 6 Monaten (prä-post-Effektstärke $d = 0.61$; prä-6-Monate-Katamnese-Effektstärke $d = 0.75$) positiv veränderte. Bei der Einjahres-Katamnese zeigte sich allerdings wieder eine leichte Abschwächung dieses Effektes (prä-1-Jahres-Katamnese-Effektstärke $d = 0.41$). Wie aufgrund der Lebensqualitätswerte zu Therapiebeginn zu erwarten ist, zeigen Patienten mit Depressionen und Borderlinestörungen die höchsten Veränderungswerte. Des Weiteren wurden moderate negative Korrelationswerte (-0.40 bis -0.52) zwischen den Symptommaßen sowie den Maßen

für interpersonelle Probleme und der Lebensqualität ermittelt. Allerdings haben sich keine Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge ermitteln lassen – auch keine Hinweise darauf, wie zunächst einmal klinisch plausibel erscheinend, dass Symptomverbesserung zu Verbesserung der Lebensqualität führt. Eine Ausnahme bildeten Angstsymptome: Hier konnte gezeigt werden, dass der Verbesserung der Angstsymptomatik eine Verbesserung der Lebensqualität vorausging.

Kommentar: Zunächst einmal widerlegt die Untersuchung

ein manchmal geäußertes Vorurteil gegenüber Psychotherapie – nämlich dass diese „nur“ Störungen repariere, um Patienten wieder „funktionsfähig“ zu machen. Es scheint auf Grundlage der Ergebnisse der vorliegenden Studie vielmehr so, dass Psychotherapie oftmals positive Nebenwirkungen auf weitere Lebensbereiche des Patienten, über Symptomverbesserung hinausgehend, nicht verhindern kann. Psychotherapie kann also niemals nur eng gefasste Symptomreduktion und -behebung sein; nolens volens wirkt sie sich oft auch auf andere Bereiche der

Lebensqualität salutogenetisch aus. Allerdings scheint individuelle Psychotherapie, wie hier appliziert, den größten Effekt eben auch auf individuelle Aspekte der Lebensqualität (z. B. Selbstwert, eigene Lebensziele, individuelle Gefühle) zu haben, weniger auf soziale Aspekte der Lebensqualität (z. B. Beziehungen zur Nachbarschaft). Dies kann als Hinweis dafür verstanden werden, so die Autoren, dass bei einer gewünschten Ansteuerung sozialer Lebensqualitätsaspekte, diese auch explizit in der Behandlung angesprochen werden müssen.

Zudem bleibt bei bestimmten Patienten die Lebensqualität trotz Verbesserung derselben im Verlauf der Psychotherapie bedeutsam unter dem Normdurchschnitt. Dieser Befund veranlasst die Autoren, Psychotherapeuten zu empfehlen, nicht nur auf die Lebensqualität verbessernde Kraft von Psychotherapie zu vertrauen, sondern Lebensqualitätsansätze oder verwandte Konzepte, wie jenes der positiven Psychotherapie von Seligman, aktiv in die Behandlung mit einzubeziehen.

Komorbid sexuelle Probleme verbessern sich oft unter Psychotherapie – auch wenn diese nicht explizit behandelt werden

Hoyer, J., Uhmann, S., Rambo, J. & Jacobi, F. (2009). *Reduction of sexual dysfunction: by-product of cognitive-behavioral therapy for psychological problems? Sexual and Relationship Therapy, 24* (1), 64-73.

In dieser Studie wurden 451 Patienten (83,7% mit einer Angst oder Depressionsstörung, 13,7% mit einer moderaten bis schweren depressiven Episode) vor und nach psychotherapeutischer Behandlung (kognitive Verhaltenstherapie) per Fragebogen (deutsche Fassung des „Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire“, MGH) zu sexuellen Dysfunktionen befragt. Der MGH beinhaltet folgende Dimensionen: Sexuelles Interesse; die Fähigkeit, sexuell erregt zu sein; die Fähigkeit, einen

Orgasmus zu erleben; die Fähigkeit, eine Erektion/Lubrikation zu haben; allgemeine sexuelle Zufriedenheit. Ziel der Studie war, die klinisch plausible Vermutung empirisch zu überprüfen, dass eine Verbesserung/Heilung der Angst oder Depression auch mit einer Verbesserung sexueller Dysfunktionen einhergeht – und zwar ohne dass diese spezifisch in der Psychotherapie behandelt werden. Rund 2/3 der Patienten gaben zu Behandlungsbeginn an, unter sexuellen Dysfunktionen zu leiden – was auch im Einklang mit anderen Studien und Überlegungen zur gemeinsamen Psychopathogenese bestimmter psychischer Störungen steht. Nach einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung der Angst/Depression verbesserten sich bei einem Großteil der Patienten auch die sexuellen

Funktionen bedeutsam. Bei Patienten, die auf die psychotherapeutische Behandlung bezüglich der Primärstörung nicht ansprachen, veränderten sich auch sexuelle Dysfunktionen nicht positiv. Dieser Befund bestätigt die Vermutung, dass Psychotherapie sich auf sexuelle Dysfunktionen positiv auswirkt, auch wenn diese nicht explizit behandelt werden. Eine statistische Analyse der Kovarianzen ergab zu dem, dass erwartungsgemäß sexuelle Dysfunktionen mit Alter und Geschlecht (Frauen leiden vermehrt unter sexuellen Dysfunktionen) kovariieren.

Zudem scheinen spezifische Aspekte der sexuellen Funktionen sich leichter, schneller zu verändern als andere. So veränderte sich innerhalb des Behandlungszeitraums die Orgasmusfähigkeit bei Frauen unabhängig

davon, ob eine Verbesserung der Primärstörung eintrat.

Kommentar: Bedeutet dieses Ergebnis nun, dass Psychotherapeuten auf die positiven Nebenwirkungen von Psychotherapie bezüglich sexueller Dysfunktionen vertrauen können und solche Probleme nicht mehr aktiv thematisieren müssen? Mitnichten, argumentieren die Autoren der Studie: Denn ein bedeutsamer Anteil von Patienten, die von der Psychotherapie hinsichtlich ihrer Angst/Depression profitierten, zeigte keine Verbesserungen hinsichtlich sexueller Dysfunktionen. Die Autoren betonen die Notwendigkeit, dass Psychotherapeuten über diagnostische Kompetenzen verfügen, sexuelle Dysfunktionen zu diagnostizieren und entscheiden zu können, ob gegebenenfalls eine spezifische Sexualtherapie indiziert erscheint.

Resilienz, Überleben, Verwundbarkeit: Drei unterschiedliche Profile junger Erwachsener beim Umgang mit der Trennung ihrer Eltern

Eldar-Avidan, D., Haj-Yahia, M.M. & Greenbaum, C.W. (2009). *Divorce is a part of my life... Resilience, Survival, and Vulnerability: Young adults' perception of the implications of parental divorce. Journal of Marital and Family Therapy, 35 (1), 30-46.*

Die vorliegende Untersuchung stellt eine qualitative Studie mittels Grounded Theory dar. Grounded Theory eignet sich zur Entwicklung von theoretischen Konzepten und Modellen in Bereichen, in denen noch recht wenig empirisch gesichertes Wissen vorhanden ist. Einen solchen Bereich stellen Bewältigungsmodi und Erfahrungsmuster elterlicher Trennung/Scheidung von jungen Erwachsenen dar (wenngleich recht viel quantitativ empirisch gesichertes Wissen zu den Auswirkungen von Trennung und Scheidung auf die psychische Gesundheit vorliegt). In der Studie wurden mit 22 jungen Erwachsenen (20-25 Jahren) halbstrukturierte Tiefeninterviews durchgeführt. Die Interviewmitschriften wurden kodiert. Kodieren bedeutet, dass Aussagen und Sätze im Interview nach thematischen Ähnlichkeiten/Unähnlichkeiten und Bedeutungszusammenhängen und -divergenzen strukturiert werden. Dieser Auswertungsschritt wird im Rahmen der Grounded Theory auch als „offenes Kodieren“ oder „Aufbrechen der Daten“ bezeichnet. Hierbei ergaben sich 52 Kodes bzw. Kategorien. Diese Kategorien wurden im nächsten Auswertungsschritt „axial kodiert“. Damit ist das

Zusammenfügen der Kategorien zu Kernkonzepten gemeint. In einem letzten Auswertungsschritt wurden die Kategorien und Kernkonzepte nochmals nach Zusammenhängen untereinander analysiert und nochmals umgruppiert.

Als Resultat dieses Kodierungsprozesses konnten drei inhaltlich gut unterscheidbare Profile im Umgang und Erleben von elterlicher Trennung/Scheidung ermittelt werden. Diese drei Profile sind: Resilienz (resilience), Überleben (survival) und Verletzlichkeit (vulnerability). Resilienz (9 der 22 jungen Erwachsenen wurden diesem Profil zugeordnet) bedeutet hier, dass die elterliche Trennung von den jungen Erwachsenen als ein sinnstiftender und „befähigender“ Prozess wahrgenommen wird, der zu positiven psychosozialen Entwicklungsprozessen etwa hinsichtlich Identitätsbildung beigetragen hat. Überleben (8 der 22) bedeutet, dass die elterliche Trennung von den jungen Erwachsenen als ein vielschichtiger Prozess erlebt wird, der sowohl bedeutsame Anpassungsleistungen und Bewältigungsschritte erfordert, als auch mit erhöhter Verwundbarkeit und schmerzhaften Erfahrungen zusammenhängt. Verletzlichkeit (5 der 22) bedeutet, dass die elterliche Trennung von den jungen Erwachsenen als schmerzhaftes Ereignis interpretiert wird, das sich negativ auf das Leben aller davon Betroffenen ausgewirkt hat und weiter auswirkt. Die Autoren differenzieren diese drei Profile anhand von Leitthemen

weiter aus, wie z. B. „Zentralität familiärer Bindungen“, „Entwicklungsaufgaben im jungen Erwachsenenalter“ oder „Selbstwahrnehmung“. Als Leitunterscheidungskriterium zwischen den drei Profilen stellte sich die Qualität der Beziehung der jungen Erwachsenen zu ihren Eltern nach deren Trennung/Scheidung dar. Hierbei erschien als besonders maßgeblich das Erleben der jungen Erwachsenen, ob elterliche Verantwortung nach der Trennung weiterhin wahrgenommen wurde.

Kommentar: Zunächst bestätigt diese Studie, was umfangreiche quantitative Langzeituntersuchungen auch zeigen: nämlich dass die Mehrzahl von Menschen, die die Trennung ihrer Eltern im Kindes- und Jugendalter erfahren haben, sich von Menschen, die ein solches kritisches Lebensereignis nicht erlebten, hinsichtlich ihrer seelischen und körperlichen Gesundheit nicht bedeutsam unterscheiden. Außerdem bestätigt die Studie, was auch bei anderen Untersuchungen, in denen vor allem mit kleinen Stichproben und mit qualitativer Methodik gearbeitet wird, herauskommt: nämlich dass es eine bedeutsame Minderheit von eindeutigen „Scheidungsverlierern“ mit lang anhaltenden Verletzungen gibt. Für die Praxis folgt daraus: von der Forschungsseite her ist es berechtigt davon auszugehen, dass bei den Betroffenen häufig Ressourcen im Kontext von Scheidungsbewältigung vorhanden sind und dass es förderlich sein kann, diese zu erkunden und zu stärken.

Darüber hinaus gibt die vorliegende Studie wichtige Hinweise darauf, was bei suboptimaler Scheidungsbewältigung therapeutisch hilfreich sein kann: Die Erkundung und, falls möglich und indiziert, die Stärkung der Bindungen zu den Eltern, und zwar nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch bei jungen Erwachsenen. Hierzu kann die Einbeziehung der Eltern in die Therapie dienlich sein. Es kann zudem, so das wichtigste Ergebnis der Studie, sehr nützlich sein, Eltern dabei zu unterstützen, ihre elterliche Verantwortung trotz eigener Belastungen durch die Scheidung/Trennung adäquat wahrnehmen zu können – und zwar auch noch im jungen Erwachsenenalter ihrer Kinder. Abschließend ist allerdings anzumerken, dass aufgrund der geringen Fallzahl der Studie und der qualitativen Methodik eine gültige Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht möglich ist. Gültigkeit haben die Ergebnisse lediglich als empirisch begründete Anregungen für die Praxis.

**Dr. Dipl.-Psych.
Matthias Ochs**

Psychologischer Psychotherapeut
Wissenschaftlicher Referent der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen
Gutenbergplatz 1
65187 Wiesbaden
mochs@ptk-hessen.de