

# Psychodynamische Psychotherapie, Lebensstil und Prävention

Matthias Michal<sup>1</sup>, Claudia Subic-Wrana<sup>1</sup>, Manfred E. Beutel<sup>1</sup>

## Summary

*Psychodynamic psychotherapy, lifestyle and prevention*

**Objectives:** Patients with mental disorders frequently manifest unhealthy behavior, which contributes to their increased risk for chronic mental and somatic diseases as well as excess mortality rates of 10 years and more. It also impairs their well-being and the course of mental disorders. We analyzed whether by addressing unhealthy behavior prevention can be integrated into psychodynamic psychotherapy.

**Methods:** We reviewed the literature on the role of unhealthy behavior for mental disorders, on the role of lifestyle risk factors in psychodynamic theory, and on barriers to the integration of addressing lifestyle in psychodynamic psychotherapy.

**Results:** Smoking, unhealthy dietary habits, and physical inactivity constitute dysfunctional behavior, resulting from maladaptive self-representations and an impairment of emotion-regulation capacities. In psychodynamic psychotherapy this maladaptive behavior can be addressed and treated as a kind of defensive behavior and resistance.

**Conclusion:** We believe that by addressing unhealthy behavior prevention can become a crucial task for psychodynamic psychotherapists today.

*Z Psychosom Med Psychother 60/2014, 350–367*

## Keywords

Lifestyle – Health Behavior – Smoking – Dietary Habits – Sleep – Physical Activity – Psychotherapy – Prevention

## Zusammenfassung

**Fragestellung:** Patienten mit seelischen Erkrankungen haben häufig einen ungesunden Lebensstil. Dieser trägt ganz wesentlich zu ihrer deutlich erhöhten Morbiditätsrate bei, führt zu einer Übersterblichkeit von zehn Jahren und mehr und wirkt sich auch unmittelbar schädlich auf das Wohlbefinden aus. Es soll deshalb geprüft werden, inwieweit Prävention in die psychodynamische Psychotherapie integriert werden kann.

**Methodik:** Es erfolgt eine kritische Literatursichtung zur Bedeutung des Lebensstils für Patienten mit seelischen Erkrankungen, dessen Einordnung in einen psychodynamischen Verständnisrahmen und möglicher Barrieren für eine Integration in die psychotherapeutische Behandlung.

**Ergebnisse:** Rauchen, schlechte Ernährung und körperliche Inaktivität stellen maladaptive Verhaltensweisen dar, die aus Sicht der psychodynamischen Psychotherapie als Ausdruck einer

---

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz.

strukturellen Beeinträchtigung verstanden und als Abwehr und Widerstand in der psychodynamischen Psychotherapie behandelt werden können. Möglichkeiten der Integration und Barrieren hierfür werden dargestellt.

**Schlussfolgerung:** Prävention ist heute eine wichtige Aufgabe für psychodynamische Psychotherapeuten.

## 1. Das klinische Problem

Szene(n) aus einem Erstinterview in der Psychotherapie aus dem Jahr 1970:

*„Als die Patientin sich die zweite Zigarette anbrannte, spürte ich das Bedürfnis, mir ebenfalls eine anzustecken, obwohl ich im allgemeinen während des Interviews nicht rauche. Da ich keine Zigarette in meinen Taschen vorfand, begann ich zu meinem eigenen Erstaunen, Ärger darüber zu empfinden, daß mir die Patienten aus ihrer vollen Packung nicht auch eine Zigarette angeboten hatte. Glücklicherweise erinnerte ich mich an eine frische Packung in meiner Aktentasche. Also langte ich hinter mich, erbrach die Packung und steckte mir eine Zigarette an und . . .“ (Argelander 1970, S. 66–67)*

Die größten individuellen Gesundheitsgefahren gehen heute von Bewegungsarmut, übermäßiger Kalorienzufuhr und Substanzmissbrauch (Rauchen, Alkohol) aus (WHO, 2009). Patienten mit seelischen Erkrankungen weisen bereits vor Manifestation der seelischen Erkrankung ein besonders hohes Risiko für eine ungesunde Lebensführung auf (Beutel et al. 2014). Aufgrund der ungesunden Lebensführung haben Patienten mit neurotischen Erkrankungen und Depressionen eine im Mittel um zehn und mehr Jahre geringere Lebenserwartung als die unbelastete Bevölkerung (Lawrence et al. 2013b). Veranschaulicht sei die Übersterblichkeit unserer Patienten an einer bevölkerungsbasierten Kohortenstudie aus den USA. Sie zeigte für Personen mit einem Suizidversuch in der Anamnese eine drastisch erhöhte kardiovaskuläre Mortalität im Langzeitverlauf: Frauen, die im Alter von 17 bis 39 Jahren einen Suizidversuch unternommen hatten, wiesen im Mittel 15 Jahre später eine 14-fache Übersterblichkeit an einem ischämischen Myokardinfarkt auf (Shah et al. 2011). Auch wenn sich der Lebensstil bereits kurz- und mittelfristig auf das seelische und körperliche Befinden auswirkt, so manifestieren sich die organischen Spätfolgen meist erst mit einer Latenz von vielen Jahren oder Jahrzehnten.

In der psychodynamischen Psychotherapie wird der Lebensstil des Patienten, ob er raucht, körperlich aktiv ist, wie viel Zeit er vor dem Fernseher verbringt, seine Schlafgewohnheiten und wie er sich ernährt, bisher kaum systematisch bei der Behandlungsplanung beachtet (Knekt et al. 2010). Selbst in modernen Manualen für Diagnostik und Therapieplanung oder Lehrbüchern fehlen systematische Empfehlungen zur Berücksichtigung des Lebensstils (OPD 2006; Wöller u. Kruse 2010). Die Nationale Versorgungsleitlinie Depression stellt zwar fest, dass eine Depression das Risiko für kardiovaskuläre und andere Erkrankungen (z. B. Diabetes, Demenz) erhöht, gibt aber keine Behandlungsempfehlungen zum Thema Lebensstil (NVL Depression 2012). Bisher gibt es auch keine psychodynamische Behandlungsstudie, die explizit Lebensstilmodifikation fokussierte oder als Endpunkt aufnahm (abgesehen von Behandlungsstudien für Patienten mit bereits manifesten Organerkrankungen;

Michal et al. 2013a). Eine einzige psychodynamische Behandlungsstudie erfasste unseres Wissens bisher Lebensstileffekte. In dieser randomisiert kontrollierten Studie führte weder psychodynamische Langzeit- noch Kurzzeitpsychotherapie zu einer relevanten Besserung des Rauchverhaltens, der körperlichen Aktivität oder des Körpergewichts, trotz der üblichen Wirksamkeit bezüglich der primären Endpunkte Angst und Depression. Die einzige signifikante Lebensstilveränderung im Drei-Jahresverlauf war die Zunahme des schädlichen Konsums von Alkohol in der Kurzzeitpsychotherapiegruppe (Knekt et al. 2010).

Ziel der vorliegenden konzeptuellen Arbeit ist es aufzuzeigen, wie der Lebensstil in die psychodynamische Behandlung integriert werden kann und warum dies heute eine wichtige Aufgabe für die psychodynamische Psychotherapie in der Psychosomatik ist. Dabei haben wir vor allem eine präventive Zielsetzung bei Patienten vor Augen, bei denen es noch nicht zu Spätfolgen wie einem Myokardinfarkt, Typ-II Diabetes oder einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung kam, auch wenn die folgenden Ausführungen natürlich auch auf Patientengruppen mit den oben genannten Organerkrankungen anwendbar sind. Das Gesundheitsverhalten dieser Patienten zu beachten wird den meisten Psychotherapeuten aber wahrscheinlich unmittelbar einleuchten, wohingegen bei jüngeren Patienten, wie zum Beispiel denjenigen aus der Kohortenstudie von Shah et al. (2011), die Notwendigkeit einer Lebensstilfokussierung in der psychotherapeutischen Behandlung allgemein nicht gesehen wird.

## **2. Evidenzlage: Bedeutung des Lebensstils für die Gesundheit psychisch Kranker**

Ein ungesunder Lebensstil erhöht nicht nur das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebserkrankungen, Demenz, Diabetes und andere körperliche Erkrankungen, sondern wirkt sich auch schädlich auf Entstehung und Verlauf seelischer Erkrankungen aus (Byers et al. 2012; Gubata et al. 2013; Khaled et al. 2012; Uebelacker et al. 2013).

Hinsichtlich körperlicher Aktivität findet sich in den meisten Querschnittserhebungen eine inverse Assoziation von Depression mit körperlicher Aktivität (Hamer et al. 2009). In Längsschnittstudien erhöht körperliche Inaktivität das Risiko für seelische Störungen bis hin zur Suizidalität (Aberg et al. 2013), verhindert ausreichende körperliche Aktivität die Entwicklung einer Depression (Mammen u. Faulkner 2013) und hat in Behandlungsstudien einen antidepressiven Effekt, der demjenigen von Antidepressiva vergleichbar ist (Cooney et al. 2013; Teychenne et al. 2010). Ähnliche Zusammenhänge, wenn auch weniger intensiv beforscht, wurden auch für Angststörungen gefunden (Wipfli et al. 2008; Zschucke et al. 2013).

Hinsichtlich des Rauchens ergibt sich ein vergleichbares Bild: Seelisch Kranke rauchen häufiger als seelisch Gesunde (Lasser et al. 2000; Michal et al. 2013b), Rauchen erhöht bei anfänglich Gesunden das Risiko für die Entstehung einer Depression (Boden et al. 2010), und Nikotinabhängigkeit erhöht das Risiko für einen ungünstigen Verlauf depressiver Erkrankungen (Colman et al. 2011; Khaled et al. 2012). Schließlich gibt es umgekehrt Hinweise aus Beobachtungsstudien, dass das Einstellen des Rauchens eine

vergleichbar starke antidepressive Wirkung wie die Einnahme von Antidepressiva hat (Taylor et al. 2014). Eine randomisiert kontrollierte Studie bei stationären psychiatrischen Patienten fand, dass sich die Mitbehandlung der Nikotinabhängigkeit positiv auf den Verlauf schwerer seelischer Störungen auswirkt: Die Teilnahme an einer Raucherentwöhnung konnte die Rehospitalisierungsrate der Patienten deutlich senken (Prochaska et al. 2013). Vergleichbare bidirektionale Assoziationen gelten auch für Angsterkrankungen (Jamal et al. 2011, 2012; McDermott et al. 2013; Moylan et al. 2013, 2012): Angststörungen erhöhen das Risiko, später Raucher zu werden, Raucher haben ein erhöhtes Risiko an einer Angststörung zu erkranken (Moylan et al. 2012), und das Einstellen des Rauchens wirkt anxiolytisch (Taylor et al. 2014).

Auch die Bedeutung einer gesunden Ernährung für seelische Erkrankungen wird zunehmend erkannt (Akbaraly et al. 2009; Jacka et al. 2012, 2011, 2010; Sanchez-Villegas et al. 2009). Gesunde, ausgewogene Ernährung geht in Bevölkerungsstudien mit einem niedrigeren Risiko für Depressionen und Angsterkrankungen einher (Jacka et al. 2012).

Die Evidenz für die herausragende Bedeutung einer gesunden Lebensführung für die körperliche und seelische Gesundheit ist heute unstrittig. Dabei können kurz-, mittel- und langfristige Effekte unterschieden werden.

Kurzfristige Effekte einer gesünderen Lebensführung treten innerhalb von Wochen und Monaten auf und betreffen das unmittelbar bessere Wohlbefinden oder anxiolytische und antidepressive Effekte (Taylor et al. 2014). Beispielsweise sind Verbesserungen des Schlafs und der Fitness sehr schnell durch Nikotinkarenz und körperliches Training zu erreichen (Reid et al. 2010).

Mittelfristige Auswirkungen des Lebensstils erstrecken sich über einen Zeitraum von mehreren Jahren und betreffen die oben beschriebenen Effekte auf den Verlauf psychischer Störungen hinsichtlich Remissions- und Rückfallraten.

Langfristige Folgen des Lebensstils werden bei jüngeren Patienten erst mit einer Verzögerung von Jahrzehnten offenbar und betreffen die vorzeitige Manifestation chronischer körperlicher Erkrankungen und das Sterben daran.

Für die Wirkung eines gesunden Lebensstils auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden werden unterschiedliche biologische Mechanismen beschrieben, wie die antiinflammatorische Wirkung von körperlicher Aktivität oder gesunder Ernährung, die Förderung neuronaler Neubildungs- und Umbauprozesse, die Verbesserung der circadianen Rhythmik und die verbesserte Stressregeneration durch Bewegung (Berk et al. 2013; Lopresti et al. 2013; Schulz et al. 2012; Zschucke et al. 2013). Gleichzeitig hat Sport eine positive Wirkung auf Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeitserwartung, das heißt die Zuversicht, etwas durch eigene Anstrengung bewirken zu können (Schulz et al. 2012).

### **3. Barrieren für die Integration des Lebensstils in die Psychotherapie**

In der Literatur und in Gesprächen mit Psychotherapeuten identifizierten wir die folgenden Barrieren für die systematische Integration des Lebensstils und Gesundheitsverhaltens in die Behandlungsplanung:

- Die Beschäftigung mit den Gesundheitsrisiken und der Bedeutung des Lebensstils kann auch den Psychotherapeuten mit seinen eigenen Schwierigkeiten konfrontieren, gesund zu leben. Das betrifft einerseits verleugnete Angst vor Krankheit und Tod und andererseits eigene Vermeidungsstrategien und Ängste, die letztendlich dem maladaptiven Verhalten zugrunde liegen. So gingen Kliniker mit hohen Lebensstilrisiken seltener auf den ungesunden Lebensstil ihrer Patienten ein (Chwastiak et al. 2012) und wirkten nur dann dahingehend auf ihre Patienten ein, wenn sie selbst regelmäßig körperlich aktiv waren (McKenna et al. 1998).
- Weitverbreitet ist in unserer Gesellschaft die Ansicht, einen ungesunden Lebensstil zu einer „individuellen Geschmackssache“ zu erklären (Jordan 2010). Diese Haltung verleugnet dessen bio-psycho-soziale Determiniertheit und bagatellisiert die Barrieren für die Überwindung des selbstschädigenden Verhaltens. Die Identifizierung mit dieser irrationalen Ansicht untergräbt die Fähigkeit des Psychotherapeuten, das Gesundheitsverhalten als maladaptiv und behandlungsrelevant zu erkennen (Hjalmarson u. Saloojee 2005; Wendt 2005).
- In diesem Kontext unterliegen Psychotherapeuten auch Hemmungen, das Thema Lebensstilmodifikation offen in seiner Relevanz für den Ausgang der Behandlung zu thematisieren, weil sie befürchten, dies könnte als Vorwurf verstanden werden und dadurch Selbstvorwürfe oder Reaktanz fördern. Die Erklärung des Lebensstils zur individuellen Geschmackssache impliziert, dass einer ungesunden Lebensführung jegliche Krankheitswertigkeit fehlt und beraubt den Betroffenen damit in diesem Punkt der Legitimation der Krankenrolle. Anders als, beispielsweise, beim bulimischen Essanfall, einer Depression oder Panikstörung, scheint man dann für die ungesunde Lebensführung vollständig selbst verantwortlich und damit „selbst schuld“ zu sein.
- Eine andere Barriere stellt die Sorge dar, den Patienten zu überfordern und die Behandlung zu überfrachten. Der Patient habe schon genug „Baustellen“, die alle eine jeweils weit höhere Priorität besitzen, so dass es aktuell keinen Spielraum für die Arbeit an der Verbesserung des Lebensstils gäbe. Wie später noch weiter ausgeführt werden wird, wäre dem zu entgegen, dass die ungesunde Lebensführung ein maladaptives Verhalten wie andere Widerstandsformen auch darstellt und dass demzufolge der Lebensstil nach denselben psychotherapeutischen Grundsätzen zu behandeln ist. Eine ungesunde Lebensführung beeinflusst jedoch immer das aktuelle Krankheitsgeschehen, auch wenn dem Patienten die Zusammenhänge oft nicht bewusst sind. Eine gesündere Lebensführung wirkt sich unmittelbar positiv auf das Wohlbefinden des Patienten aus und ist damit für seine Therapieziele relevant.
- Manche Psychotherapeuten sind, und dies gilt vor allem für das Rauchen, der Ansicht, die Nikotinabhängigkeit stelle eine aktuell unentbehrliche „Selbstmedikation“ dar, deren Aufgabe für die Stabilität des Patienten gefährlich wäre, so dass, wenn überhaupt, die Arbeit an diesem Thema erst nach ausreichender Stabilisierung sinnvoll ist (Hall u. Prochaska 2009; Prochaska et al. 2007). Dies widerspricht zum einen dem Umgang mit anderen Substanzabhängigkeiten, wo fortgesetzter und nicht beherrschbarer Substanzmissbrauch als eine Kontraindikation für eine

längerfristige Psychotherapie angesehen wird. Zum anderen gibt es keinerlei Belege, dass beispielsweise die Integration der Raucherentwöhnung in die Behandlung sich kurz- oder längerfristig schädlich auf den Verlauf der seelischen Erkrankung auswirkt (Hall u. Prochaska 2009; McFall et al. 2010; Prochaska 2010; Taylor et al. 2014). Vielmehr konnte gezeigt werden, dass die Integration der Raucherentwöhnung effektiver war, wenn sie in die Behandlung integriert wurde anstatt sie an einen „Spezialisten“ auszugliedern (McFall et al. 2010, 2005), und dass das Einstellen des Rauchens sich positiv auf Depressivität, Angst und Lebensqualität auswirkt (Taylor et al. 2014).

- Auch wenn die meisten Psychotherapeuten wissen, dass eine ungesunde Lebensführung eine erhöhte Morbidität und Mortalität zur Folge hat, so fällt es vielen schwer, sich in der aktuellen Behandlung von Patienten jungen oder mittleren Alters vorzustellen, welche schwerwiegenden Konsequenzen die fortgesetzte ungesunde Lebensführung für den Patienten ein oder mehrere Jahrzehnte später wahrscheinlich haben wird. So wie Patienten oft Schwierigkeiten haben, für sich selbst eine zuersichtliche Zukunftsperspektive zu entwickeln, wenn sie täglich mit dem psychischen Überleben kämpfen, so sind Psychotherapeuten nicht gewohnt, die schädlichen Konsequenzen des aktuellen maladaptiven Verhaltens über solch einen langen Zeitraum mitzudenken. Diese weite Voraussicht ist aber das Kernprinzip der Prävention. Psychotherapeuten als wichtige Säule der Gesundheitsversorgung sollten deshalb auch in dieser Hinsicht präventiv denken und handeln.
- Viele Psychotherapeuten sind zwar überzeugt, dass das Gesundheitsverhalten eigentlich wichtig ist, fühlen sich jedoch nicht sicher mit dessen Behandlung, weil sie es weder in Studium noch Weiterbildung gelernt haben (Hall u. Prochaska 2009; Hjalmarson u. Saloojee 2005). Eine mögliche Abhilfe wäre hier die Integration entsprechender Module in die Weiterbildungscurricula. Grundsätzlich verfügen Psychotherapeuten aber wie sonst keine andere Berufsgruppe über die Kompetenzen, die für tiefgreifende Verhaltensänderungen erforderlich sind (Michal et al. 2013a).

#### 4. Bio-psycho-soziale Determinierung des Lebensstils

Die überragende Bedeutung des Lebensstils für die Gesundheit ist ein modernes Problem (Kohl et al. 2012; Schroeder 2007; WHO 2009). Heute sind hochkalorische, hochraffinierte Nahrungsmittel und psychoaktive Substanzen wie Zigaretten und Alkohol preisgünstig und im Überfluss vorhanden. Es gibt keinen Zwang, körperlich aktiv zu sein. Jederzeit verfügbare Bildschirme und Displays versprechen Ablenkung und passive Unterhaltung. In einer solchen Umwelt sind Kalorienrestriktion, Abstinenz von legalen Drogen und körperliche Aktivität nur möglich unter Aufbringung psychischer Energie als bewusste Entscheidung und Abgrenzung von den entsprechenden Konsumangeboten. Üblicherweise wird in Kindheit und Jugend diese Aufgabe von der primären Umwelt übernommen, die im Verlauf der Reifung zunehmend verinnerlicht wird (analog zum regelmäßigen Zähneputzen). Die Befähigung

zu dieser Art von Selbstfürsorge ist abhängig von unterschiedlichen psychischen Funktionen wie beispielsweise den Fähigkeiten zur Antizipation, Affekt- und Spannungstoleranz, Emotionsregulation, Selbst-Objekt-Differenzierung und Selbstfürsorge. Diese Fähigkeiten sind bei Patienten mit seelischen Erkrankungen aufgrund maladaptiv gelöster Konflikte oder struktureller Entwicklungsdefizite häufig beeinträchtigt. Viele unserer Patienten wuchsen in einer Umwelt auf, die ihnen eine gesunde Lebensführung nicht ausreichend vermitteln oder gar vorleben konnte. Andere waren belastenden und traumatischen Entwicklungsbedingungen ausgesetzt, die ihre Fähigkeit zur Selbstfürsorge und funktionaler Emotionsregulation nachhaltig beschädigten. Entsprechend häufig ist eine ungesunde Lebensführung bei unseren Patienten (Berk et al. 2013; Beutel et al. 2014).

Die umweltabhängigen Ursachen eines ungesunden Lebensstils und seelischer Erkrankungen überschneiden sich. Sozioökonomische Benachteiligung und belastende Entwicklungsbedingungen spielen sowohl für die Entstehung seelischer Erkrankungen als auch eines ungesunden Lebensstils eine herausragende Rolle. Mit steigender Belastungsexposition nehmen Lebensstilrisiken wie auch seelische Erkrankungen zu (Almeida et al. 2012; Bonevski et al. 2013; Das-Munshi et al. 2013; Lawrence et al. 2013a; Pudrovska u. Anishkin 2013; Pulos 2012). Pulos et al. (2012) konnten beispielsweise zeigen, dass typische biographische Risikofaktoren, wie Scheidung der Eltern, sexueller Missbrauch oder körperliche Misshandlung, Aufwachsen mit Angehörigen, die unter seelischen Erkrankungen wie Depressionen oder Substanzmissbrauch leiden und Armut mit einem schlechteren Gesundheitsverhalten assoziiert sind. Für die enge Assoziation von Lebensstil und seelischen Erkrankungen spielen vermutlich auch gemeinsame genetische Ursachen oder Gen-Umweltinteraktionen eine Rolle (Edwards et al. 2011; Xie et al. 2012).

## 5. Integration des Lebensstils in die Behandlungsplanung

Allgemein kann ein ungesunder Lebensstil als maladaptives Verhalten verstanden werden, das einerseits Ausdruck seelischer Probleme ist, andererseits zur Aufrechterhaltung der seelischen Erkrankung beiträgt.

### 5.1. Anamnese

Unter dieser Prämisse beginnt die Integration des Lebensstils in die Behandlungsplanung mit einer Exploration des Gesundheitsverhaltens. Tabelle 1 zeigt Beispielfragen zur körperlichen Aktivität, dem Ernährungsverhalten, dem Medien- und Substanzkonsum, Umgang mit körperlichen Bedürfnissen, Schlafqualität und Schlafverhalten (Tabelle 1). Orientierung für die Beurteilung der Symptomwertigkeit können evidenzbasierte Empfehlungen geben, beispielsweise die WHO-Empfehlungen für die körperliche Aktivität (Tabelle 2), für Ernährung die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (<http://www.dge.de>), für den Schlaf die bekannten Schlafhygieneregeln.

Tabelle 1: Beispielfragen zum Lebensstil

Wann haben Sie angefangen zu rauchen? Wie stand Ihr Elternhaus dazu? Haben Sie sich jemals mit dem Gedanken getragen, das Rauchen einzustellen? Warum rauchen Sie? Wann hatten Sie zuletzt das dringende Bedürfnis, rauchen zu müssen? Was ist das schlimmste für Sie an der Vorstellung, nicht mehr zu rauchen?
Wissen Sie, wie viel körperliche Aktivität medizinisch empfohlen wird? Seit wann sind Sie körperlich inaktiv? Wie erklären Sie sich Ihre körperliche Inaktivität? Welche Rolle spielte körperliche Aktivität in Ihrem Elternhaus? Was hindert Sie daran, körperlich aktiver zu werden?
Wissen Sie wie eine gesunde Ernährung aussieht? Wie oft essen Sie Fast-Food, Chips, Süßigkeiten oder trinken Sie Cola? Legen Sie Wert auf eine gesunde Ernährung? Welche Rolle spielte Ernährung in Ihrem Elternhaus? Was hindert Sie daran, sich gesünder zu ernähren?
Ist Ihr Schlaf erholsam? Wie viele Stunden schlafen Sie täglich? Schildern Sie mir bitte möglichst genau, wie Sie zu Bett gehen, so detailliert, damit ich mir ein ganz konkretes Bild davon machen kann? Was hindert Sie daran, die Schlafhygieneregeln umzusetzen, was ist das schlimmste daran für Sie?

Maladaptive Verhaltensweisen werden bei der Exploration als solche markiert, es werden deren Entwicklungsgeschichte, die Einstellung des Patienten zu diesen selbstschädigenden Verhaltensweisen, individuelle maladaptive Bewältigungsfunktion und Veränderungsmotivation erfasst. Das Interesse am Lebensstil des Patienten, die Markierung als potenziell selbstschädigendes Verhalten und die Einordnung in die Lebensgeschichte stellen dabei einen ersten Schritt zur Integration in die Behandlung dar.

## 5.2. Veränderungsmotivation

So wie neurotische oder maladaptive Charaktereigenschaften oft zunächst ich-synton sind, so sind dies auch ungesunde Verhaltensweisen. Fehlende Motivation, das eigene Gesundheitsverhalten zu verbessern, ist nicht unveränderlich. Der Prozess und die Abfolge unterschiedlicher Stadien der Veränderungsbereitschaft werden Therapieschulen übergreifend im transtheoretischen Modell beschrieben (Norcross et al. 2011; Prochaska u. DiClemente 1982). Das dynamische Modell der Verhaltensänderung kann letztendlich auf jede Verhaltens- oder Einstellungsänderung in psychotherapeutischen Behandlungen angewendet werden. Im Stadium der Präkontemplation oder Absichtslosigkeit wird von dem Patienten eine Verhaltensänderung noch nicht in Erwägung gezogen. Das Verhalten ist noch weitgehend ich-synton. Im Stadium der Kontemplation oder Absichtsbildung wird eine Verhaltensänderung erwogen. Es folgt die Absicht, das Verhalten zu ändern („Preparation“, Vorbereitung). Die nächsten Stadien stellen aktive Versuche dar, das eigene Verhalten zu ändern („Action“, Handlung) und das adaptive Verhalten aufrechtzuerhalten („Maintenance“, Aufrechterhaltung). Für die psychotherapeutische Behandlung ist es entscheidend, das aktuelle Stadium der Veränderungsbereitschaft des Patienten zu klären und die therapeutischen Strategien entsprechend anzupassen (Beutler et al. 2011; Norcross et al. 2011). Direktive Interventionen, beispielsweise, haben sich in der Psychotherapie nur dann als wirksamer als non-direktive Strategien erwiesen, wenn der Patient



sich bereits entschieden hat, sein Verhalten zu ändern, die bewussteinfähigen Aspekte der Abwehr und des Widerstands also ausreichend bearbeitet wurden (Beutler et al. 2011). Der weniger bewussteinfähige Widerstand kann Thema werden, wenn der Patient erlebt, wie er sein eigenes Bemühen um eine Verhaltensänderung immer wieder sabotiert. Bei fehlender Veränderungsbereitschaft geht es also zunächst darum, das Bewusstsein für das maladaptive Verhalten und die Veränderungsmotivation zu fördern und damit zusammenhängende maladaptive Selbstvorstellungen zu bearbeiten.

### 5.3. Bio-psycho-soziales Störungsmodell und psychodynamischer Fokus

Dass psychische Störungen in der Regel mehrfach determiniert sind, gilt es in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen. Am Beispiel der Depression sei dies exemplarisch dargestellt. Unter psychodynamischen Gesichtspunkten können für die Behandlung einer Depression beispielsweise folgende Themen relevant sein: erhöhte narzisstische Kränkbarkeit, überzogenes Ich-Ideal, übermäßige Abhängigkeit von anderen, Probleme mit Selbstbehauptung, Abgrenzung und Ärger, und schlechtes Selbstwertgefühl. Weitere Ursachen für die Aufrechterhaltung der Depression können auch in der ungesunden Lebensführung liegen. In solchen Fällen könnte sich die Verbesserung der körperlichen Aktivität und der Schlafhygiene positiv auf die depressive Stimmung, die Schlafqualität, die Erschöpfung und Konzentrationsfähigkeit auswirken. Bei der Behandlungsplanung könnte dann der Aufbau körperlicher Aktivität und die Anleitung in Schlafhygiene als eine eher therapieflankierende Maßnahme angesehen werden. Gleichzeitig bedeutet die Arbeit am Lebensstil unter psychodynamischen Gesichtspunkten aber auch, dass der Patient aktiv Verantwortung für sein Befinden und den Ausgang der Behandlung übernimmt. In diesem Kontext ist dann die Arbeit am Lebensstil in der Regel unmittelbar mit den psychodynamischen Themen der Behandlung verwoben. Beispielsweise drückt die ungesunde Lebensführung eine Beeinträchtigung der Fähigkeit aus, selbstfürsorglich mit sich umzugehen und eine längerfristige Lebensperspektive für sich zu entwickeln. Fatalismus, tiefe Hoffnungslosigkeit und Selbsthass können dem zugrunde liegen. Die Arbeit an der gesünderen Lebensführung wäre dann ein Aspekt des Behandlungsfokus „Aufbau einer adaptiveren Selbstvorstellung“.

### 5.4. Therapeutische Haltung

Die Integration des Gesundheitsverhaltens in die psychotherapeutische Behandlung erfordert die Vertrautheit mit dem bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit. Hilfreich ist eine therapeutische Haltung wie sie in der strukturbezogenen Psychotherapie oder ähnlichen Ansätzen beschrieben wird (McCullough et al. 2003; Rudolf 2010). Das heißt die Bereitschaft zu einer größeren therapeutischen Aktivität, direktiven und psychoedukativen Interventionen und einem partnerschaftlichen und transparenten Behandlungsstil. Der Therapeut sollte bereit sein, dem Patienten Zusammenhänge zu erklären, ihn anzuleiten, oder, wie Rudolf es ausdrückt, auch die Bereitschaft haben, den Patienten zu „beeltern“, sei es im Stil von Eltern kleiner Kin-

der „durch gemeinsame Affektregulierung und spiegelnde Verlebendigung“, oder wie gegenüber Jugendlichen „durch ermutigende Begleitung, . . . Einübung von Selbstverantwortung und Selbstbealterung“ (Rudolf 2010, S. 139). Sinnvoll ist weiterhin die Bereitschaft, Ressourcen zu fördern zum Beispiel durch Anregung und Anleitung zu Selbsthilfemaßnahmen.

Wenn Verhaltensänderungen in der Behandlungsplanung vereinbart werden, ist es erforderlich diese auch im Verlauf zu verfolgen wie dies beispielsweise bereits für die psychodynamische Behandlung von Essstörungen konzipiert wurde (Herzog u. Sandholz, 1997). Mit diesem Monitoring verknüpfte Übertragungsthemen sollten dabei frühzeitig identifiziert und bearbeitet werden, damit die therapeutische Allianz nicht gefährdet wird. Versteht man die ungesunde Lebensführung als Widerstand gegen das Erreichen der Therapieziele, so bietet die Analyse der Widerstände, zum Beispiel gegen die Umsetzung einer gesünderen Lebensführung, die Chance, die strukturellen oder konfliktbedingten Einschränkungen des Patienten durchzuarbeiten.

## 5.5. Beispiele für die Integration

### 5.5.1. *Rauchen*

Rauchen als schädlicher Gebrauch oder Nikotinabhängigkeit dient, wie anderes süchtiges Verhalten auch, primär der Vermeidung unangenehmer Gedanken und Gefühlszustände. Beeinträchtigt ist bei den Betroffenen meist die Fähigkeit, bestimmte emotionale Zustände zu ertragen und ohne Selbstschädigung zu regulieren. Gleichzeitig kann das Rauchen als Ausdruck eines Mangels an Selbstfürsorge und auch mangelnder Fürsorge gegenüber den Menschen interpretiert werden, die von einem abhängig sind (z. B. Partnerin, Kinder, Eltern) und Hinweise auf strukturelle Einschränkungen des Selbstverständnisses und der Selbstregulation geben (Prochaska et al. 2007). Der sekundäre Krankheitsgewinn betrifft die unmittelbare Wirkung der Substanz (Anregung, Entspannung, Reduktion von Entzugssymptomen) und mögliche Belohnungen (z. B. Kontakt erleichterung). Aufgabe des Therapeuten ist zunächst die Identifizierung des maladaptiven Verhaltens, die Anerkennung dessen protektiver Funktion, aber auch die Einordnung in das aktuelle Störungsmodell und die Lebensgeschichte. Durch das Aufzeigen der Kosten des maladaptiven Verhaltens und die Arbeit an der zugrundeliegenden Selbstvorstellung kann dieses Verhalten allmählich ich-dyston werden, so dass die Bereitschaft zur Aufgabe des maladaptiven Verhaltens wächst. Für die Umsetzung des Nikotinentzugs kann dann auch auf die Unterstützung durch Angebote der Krankenkassen und des Hausarztes zurückgegriffen werden, man kann aktuelle AWMF-Leitlinien zu Rate ziehen (<http://www.awmf.org>), die eine Orientierung über die Anwendung von Nikotinersatzstoffen oder eine Entwöhnungsmedikation geben, und auf entsprechende Patienteninformationen der Fachgesellschaften zurückgreifen (z. B. Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin). Entscheidend ist jedoch, die Motivation für die Verhaltensänderung und die Überprüfung der Abstinenz beziehungsweise des Umgangs mit Rückfällen in die Behandlung zu integrieren.

### 5.5.2. Körperliche Inaktivität

Körperliche Inaktivität kann als Ausdruck einer mangelnden Selbstfürsorge angesehen werden. Die zugrundeliegenden Ursachen und Barrieren für eine Verhaltensänderung sind vielfältig. Sie können meist erst durch die detaillierte Exploration der Hindernisse beim Aufbau einer körperlich aktiveren Lebensweise identifiziert werden. Als Orientierung für die anzustrebenden Therapieziele können die WHO-Empfehlungen zur körperlichen Aktivität gelten (Tabelle 2).

Tabelle 2: WHO Empfehlungen zur körperlichen Aktivität für Erwachsene im Alter von 18–64 Jahren

(1)	Mindestens 150 Minuten moderate aerobe körperliche Aktivität (z. B. schnelles Gehen so dass man leicht ins Schwitzen gerät) oder 75 Minuten intensive körperliche Aktivität (z. B. Jogging) verteilt über die Woche oder eine vergleichbare Kombination moderater und intensiver körperlicher Aktivität.
(2)	Die Trainingseinheiten sollen mindestens 10 Minuten dauern.
(3)	Eine Steigerung der körperlichen Aktivität auf 300 Minuten moderates oder 150 Minuten intensives Training bringt einen zusätzlichen Gesundheitsnutzen.
(4)	Zwei- oder mehrmals pro Woche Übungen zur Kräftigung der Muskulatur

Als typische Hindernisse für eine körperlich aktive Lebensweise wird von Betroffenen häufig ein Mangel an Zeit genannt. Oft verbringen sie aber stattdessen viele Stunden vor Bildschirmen, um „abzuschalten“. Diese Art des Medienkonsums wiederum kann eine maladaptive Strategie zur emotionalen Betäubung und Realitätsflucht darstellen, um schmerzliche Gefühlszustände und Einsichten zu vermeiden. Ein weiterer Grund ist oft auch Hoffnungslosigkeit, die es schwer macht, längerfristige Ziele zu verfolgen und sich für das eigene Leben einzusetzen. Soziale Ängste, Schamgefühle und überzogene Ideale können es überdies erschweren, körperlich aktiv zu sein („Was denken die anderen von mir, wenn ich so langsam jogge“). In der Regel ist es hilfreich, Betroffene zunächst über die Bedeutung regelmäßiger körperlicher Aktivität für ihre Gesundheit, das Wohlbefinden und auch den Behandlungserfolg aufzuklären und dann, eine grundsätzliche Motivation vorausgesetzt, realistische Ziele zu vereinbaren (z. B. jeden 2. Tag 15 Minuten schnelles Gehen). Wichtig ist dabei das regelmäßige Monitoring der Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Aktivität, bis diese zu einer gesunden Gewohnheit geworden ist. Da erste positive Effekte meist sehr schnell eintreten, lässt sich eine körperlich aktive Lebensweise bei vielen Patienten erreichen. Bei älteren Patienten oder Risikopatienten ist eine hausärztliche oder sportmedizinische Abklärung vor Aufnahme der körperlichen Aktivität sinnvoll.

### 5.5.3. Gesunde Ernährung

Ungesunde Ernährung ist häufig eine Folge sozialer Deprivation. Manche Menschen haben nie eine gesunde Ernährung kennengelernt. Im Rahmen der Behandlung wäre dann das Erlernen einer gesunden Ernährungsweise Teil der psychotherapeutischen

Arbeit am Aufbau von Selbstfürsorge. Die Interventionen wären zu Beginn eher edukativ, beispielsweise die Aufklärung über die Bedeutung einer gesunden Ernährung. Hilfreich bei der Aufgabe, eine gesündere Ernährung in den Alltag zu integrieren, können entsprechende Informationsangebote der Krankenkassen oder der deutschen Gesellschaft für Ernährung sein.

Andere wissen zwar, wie man sich gesund ernährt, jedoch wird Essen zur Spannungsregulation eingesetzt, und zwar vor allem der Verzehr von stark zucker- und fetthaltigen Produkten. Insbesondere Zustände von Müdigkeit und Anspannung sind dann Auslöser für diese Art des „Stressessens“ (Allen 2007; Thayer 2001). Dieses Stressessen führt dann zwar unmittelbar zu einer Beruhigung, kann aber letztendlich die Ursache nicht beseitigen und hat zumindest mittel- und langfristig deutlich schädliche Konsequenzen (z. B. metabolisches Syndrom, Übergewicht). Behandlungsziel könnte dann der Aufbau reiferer und gesünderer Methoden der Spannungsregulation wie körperliche Aktivität, frühzeitigeres Zubettgehen, Anwendung eines Entspannungsverfahrens oder ähnliches sein.

#### *5.5.4. Schlaf, Achtsamkeit und Psychohygiene*

Die Schlafqualität ist unmittelbar mit dem Wohlbefinden verbunden. Schlafstörungen gehen einer psychischen Dekompensation oft voraus und zählen zu den belastendsten Symptomen. Es ist unbedingt erforderlich, nicht nur die Klage des Patienten über einen gestörten Schlaf zur Kenntnis zu nehmen, sondern detailliert das Schlafverhalten zu erfragen. In der Regel findet man dann Probleme mit der Schlafhygiene. In diesem Fall wäre es sinnvoll, den Patienten entsprechend zu beraten, die Umsetzung der Schlafhygieneregeln zu prüfen und Probleme mit der Umsetzung entsprechend psychodynamisch zu bearbeiten.

Zur Besserung von Schlafstörungen hat sich die Integration von Entspannungsübungen oder Achtsamkeitsmeditation bewährt (Heidenreich et al. 2006). Nach entsprechender Anleitung gilt auch hier, dass es wichtig ist, die Erfahrungen des Patienten mit der Durchführung zu erfassen und Schwierigkeiten mit der Umsetzung zu analysieren und zu bearbeiten. Neben einer Verbesserung des Schlafs kann sich insbesondere Achtsamkeitsmeditation positiv auf die Wahrnehmung und die Regulation von Emotionen auswirken und ist damit besonders geeignet, psychodynamische Prozesse zu unterstützen (Farb et al. 2012; Michal, 2004; Ong et al. 2012). Zum anderen kann im Sinne einer Ressourcenaktivierung durch die Beschäftigung mit qualitativ anspruchsvoller Literatur die Mentalisierungsfähigkeit verbessert werden. Eine experimentelle Studie zeigte, dass das Lesen anspruchsvoller Literatur im Gegensatz zu Bestsellern oder Informationstexten die Mentalisierungsfähigkeit bereits nach kurzer Zeit signifikant verbesserte (Kidd u. Castano 2013). Möglicherweise können manche Patienten von einer gezielten Anregung profitieren.

Ähnliche Überlegungen zum Thema Psychohygiene gelten, auch wenn hier nicht weiter ausgeführt, für einen schädlichen Medienkonsum, zum Beispiel im Sinne einer Internetabhängigkeit (Wölfling et al. 2013).

## 6. Diskussion und Ausblick

Szenisches Verstehen ist heute für die psychodynamische Psychotherapie genauso wichtig wie 1970 (Argelander 1970). Rauchen im Behandlungszimmer ist aber heute im Gegensatz zu damals tabu oder verboten. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen haben sich geändert, auch wenn damals die gesundheitlichen Schäden des Rauchens bereits bekannt waren. Zeiten und Verhältnisse ändern sich, ebenso wie die Ursachen von Erkrankungen (Beutel et al. 2013; Herzog 2012; Rudolf 2012). Heute gehen die entscheidenden Gesundheitsgefährdungen von verhaltensabhängigen Risikofaktoren aus: Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung und schädlicher Substanzgebrauch (Schroeder 2007; WHO 2009). Patienten mit seelischen Erkrankungen stellen für primär- und sekundärpräventive Maßnahmen eine besonders wichtige Zielgruppe dar, denn sie haben die höchsten Risiken und müssen gleichzeitig die höchsten Barrieren für eine Verhaltensänderung überwinden (Schroeder 2011). Die Anerkennung der Bedeutung des Lebensstils und die daraus folgenden therapeutischen Konsequenzen sollten zentrale Bestandteile einer Psychotherapie in der Psychosomatischen Medizin werden, die sich ja gerade durch die Überwindung reduktionistischer Menschenbilder definiert (Herrmann-Lingen 2012).

Psychotherapeuten begegnen ihren Patienten in einer für die Prävention privilegierten Situation. Patienten werden in ihrem Leben nur noch selten die Gelegenheit bekommen, soviel Zeit mit einem Spezialisten für Verhaltens- und Einstellungsänderungen zu verbringen (Michal et al. 2013a). Psychotherapeuten können gerade bei Patienten mit besonders hohen motivationalen Barrieren Veränderungen bewirken, die von üblichen Präventionsprogrammen nicht erreicht werden, weil diese Angebote weit mehr an Veränderungsbereitschaft und -fähigkeiten voraussetzen, als es ein Großteil unserer Patienten aufweist (Wilkinson et al. 2011).

Um mögliche Missverständnisse auszuräumen: Wir sehen Gesundheit und ein langes Leben nicht als absolute Ziele im Leben eines Menschen an. Zwanghafte Selbstoptimierung und Gesundheitsfanatismus sind mit einem glücklichen oder erfüllten Leben schwer vereinbar. Die Mehrheit von uns, unsere Patienten, Nachbarn und Kollegen haben aber zurzeit nicht diese Probleme, sondern werden eher durch eine ungesunde Lebensführung beschädigt.

Aus unserer Sicht sollte deshalb die Behandlung einer ungesunden Lebensführung Bestandteil jeder psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung sein; nicht nur als Wissensvermittlung, sondern auch im Bereich der Selbsterfahrung und später bei der Umsetzung in der Behandlung. Hierzu wie überhaupt zur Bedeutung des Gesundheitsverhaltens für die Psychotherapie besteht noch ein erheblicher Forschungsbedarf.

## Literatur

Aberg, M. A., Nyberg, J., Toren, K., Sorberg, A., Kuhn, H. G., Waern, M. (2014): Cardiovascular fitness in early adulthood and future suicidal behaviour in men followed for up to 42 years. *Psychol Med* 44, 779–788.

- Akbaraly, T. N., Brunner, E. J., Ferrie, J. E., Marmot, M. G., Kivimaki, M., Singh-Manoux, A. (2009): Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. *Br J Psychiatry* 195, 408–413.
- Allen, J. G. (2007): *Coping with Depression: From Catch-22 to hope*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Almeida, O. P., Pirkis, J., Kerse, N., Sim, M., Flicker, L., Snowdon, J., Draper, B., Byrne, G., Lautenschlager, N. T., Stocks, N. (2012): Socioeconomic disadvantage increases risk of prevalent and persistent depression in later life. *J Affect Disord* 138, 322–331.
- Arbeitskreis OPD (Hg.) (2006): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2: das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Argelander, H. (1970): *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Berk, M., Sarris, J., Coulson, C. E., Jacka, F. N. (2013): Lifestyle management of unipolar depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 38–54.
- Beutel, M. E., Kruse, J., Michal, M., Herzog, W. (2013): Zukunft der Psychotherapie in der Psychosomatischen Medizin. *Z Psychosom Med Psychother* 59, 33–50.
- Beutel, T., Weiser, P., Zwerenz, R., Wiltink, J., Subic-Wrana, C., Michal, M. (2014): Ungesunder Lebensstil bei Patienten einer psychosomatischen Poliklinik und Konsilambulanz. *Psychother Psychosom Med Psychol* 64, 378–383.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X., Holman, J. (2011): Resistance/reactance level. *J Clin Psychol* 67, 133–142.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., Horwood, L. J. (2010): Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *Br J Psychiatry* 196, 440–446.
- Bonevski, B., Regan, T., Paul, C., Baker, A. L., Bisquera, A. (2013): Associations between alcohol, smoking, socioeconomic status and comorbidities: Evidence from the 45 and Up Study. *Drug Alcohol Rev* 33, 169–176.
- Byers, A. L., Vittinghoff, E., Lui, L. Y., Hoang, T., Blazer, D. G., Covinsky, K. E., Ensrud, K. E., Cauley, J. A., Hillier, T. A., Fredman, L., Yaffe, K. (2012): Twenty-year depressive trajectories among older women. *Arch Gen Psychiatry* 69, 1073–1079.
- Chwastiak, L., Cruza-Guet, M. C., Carroll-Scott, A., Sernyak, M., Ickovics, J. (2013): Preventive counseling for chronic disease: Missed opportunities in a community mental health center. *Psychosomatics* 54, 328–335.
- Colman, I., Naicker, K., Zeng, Y., Ataullahjan, A., Senthilselvan, A., Patten, S. B. (2011): Predictors of long-term prognosis of depression. *CMAJ* 183, 1969–1976.
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., McMurdo, M., Mead, G. E. (2013): Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 9, Cd004366.
- Das-Munshi, J., Clark, C., Dewey, M. E., Leavey, G., Stansfeld, S. A., Prince, M. J. (2013): Does childhood adversity account for poorer mental and physical health in second-generation Irish people living in Britain? Birth cohort study from Britain (NCDS). *BMJ Open* 3.
- Edwards, A. C., Maes, H. H., Pedersen, N. L., Kendler, K. S. (2011): A population-based twin study of the genetic and environmental relationship of major depression, regular tobacco use and nicotine dependence. *Psychol Med* 41, 395–405.
- Farb, N. A., Anderson, A. K., Segal, Z. V. (2012): The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. *Can J Psychiatry* 57, 70–77.
- Gubata, M. E., Urban, N., Cowan, D. N., Niebuhr, D. W. (2013): A prospective study of physical fitness, obesity, and the subsequent risk of mental disorders among healthy young adults in army training. *J Psychosom Res* 75, 43–48.

- Hall, S. M., Prochaska, J. J. (2009): Treatment of smokers with co-occurring disorders: emphasis on integration in mental health and addiction treatment settings. *Annu Rev Clin Psychol* 5, 409–431.
- Hamer, M., Stamatakis, E., Steptoe, A. (2009): Dose response relationship between physical activity and mental health: The Scottish Health Survey. *Br J Sports Med* 43, 1111–1114.
- Heidenreich, T., Tuin, I., Pflug, B., Michal, M., Michalak, J. (2006): Mindfulness-based cognitive therapy for persistent insomnia: a pilot study. *Psychother Psychosom* 75, 188–189.
- Herrmann-Lingen, C. (2012): Was die Psychosomatische Medizin im Innersten zusammenhält. *Z Psychosom Med Psychother* 58, 126–141.
- Herzog, T., Sandholz, A. (1997): Störungsspezifische konflikt- und symptomzentrierte Kurzpsychotherapie der Bulimia nervosa. *Psychotherapeut* 42, 106–115.
- Herzog, W., Beutel, M., Kruse, J. (Hg.) (2012): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute: zur Lage des Fachgebietes in Deutschland*. Stuttgart: Schattauer.
- Hjalmarsen, A., Saloojee, Y. (2005): Psychologists and tobacco: attitudes to cessation counseling and patterns of use. *Prev Med* 41, 291–294.
- Jacka, F. N., Pasco, J. A., Mykletun, A., Williams, L. J., Hodge, A. M., O'Reilly, S. L., Nicholson, G. C., Kotowicz, M. A., Berk, M. (2010): Association of Western and traditional diets with depression and anxiety in women. *Am J Psychiatry* 167, 305–311.
- Jacka, F. N., Mykletun, A., Berk, M., Bjelland, I., Tell, G. S. (2011): The association between habitual diet quality and the common mental disorders in community-dwelling adults: the Hordaland Health Study. *Psychosom Med* 73, 483–490.
- Jacka, F. N., Mykletun, A., Berk, M. (2012): Moving towards a population health approach to the primary prevention of common mental disorders. *BMC Med* 10, 149.
- Jamal, M., Does, A. J., Penninx, B. W., Cuijpers, P. (2011): Age at smoking onset and the onset of depression and anxiety disorders. *Nicotine Tob Res* 13, 809–819.
- Jamal, M., Willem Van der Does, A. J., Cuijpers, P., Penninx, B. W. (2012): Association of smoking and nicotine dependence with severity and course of symptoms in patients with depressive or anxiety disorder. *Drug Alcohol Depend* 126, 138–146.
- Jordan, J. (2010): Das Unbewusste am Kathetertisch. In: Giefer, M., Jägersberg, O., Krause, W. H. (Hg.): *Wege zum Es*, S. 108–124. Frankfurt: VAS.
- Khaled, S. M., Bulloch, A. G., Williams, J. V., Hill, J. C., Lavorato, D. H., Patten, S. B. (2012): Persistent heavy smoking as risk factor for major depression (MD) incidence – Evidence from a longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey. *J Psychiatr Res* 46, 436–443.
- Kidd, D. C., Castano, E. (2013): Reading literary fiction improves theory of mind. *Science* 342, 377–380.
- Knekt, P., Laaksonen, M. A., Raitasalo, R., Haaramo, P., Lindfors, O. (2010): Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. *Eur Psychiatry* 25, 1–7.
- Kohl, H. W., 3rd, Craig, C. L., Lambert, E. V., Inoue, S., Alkandari, J. R., Leetongin, G., Kahlmeier, S. (2012): The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet* 380, 294–305.
- Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., Bor, D. H. (2000): Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 284, 2606–2610.
- Lawrence, D., Hafekost, J., Hull, P., Mitrou, F., Zubrick, S. R. (2013a): Smoking, mental illness and socioeconomic disadvantage: analysis of the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *BMC Public Health* 13, 1–20.

- Lawrence, D., Hancock, K. J., Kisely, S. (2013b): The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ* 346, f2539.
- Lopresti, A. L., Hood, S. D., Drummond, P. D. (2013): A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise. *J Affect Disord* 148, 12–27.
- Mammen, G., Faulkner, G. (2013): Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med* 45, 649–657.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S. (2003): *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York, London: Guilford.
- McDermott, M. S., Marteau, T. M., Hollands, G. J., Hankins, M., Aveyard, P. (2013): Change in anxiety following successful and unsuccessful attempts at smoking cessation: cohort study. *Br J Psychiatry* 202, 62–67.
- McFall, M., Saxon, A. J., Thompson, C. E., Yoshimoto, D., Malte, C., Straits-Troster, K., Kanter, E., Zhou, X. H., Dougherty, C. M., Steele, B. (2005): Improving the rates of quitting smoking for veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 162, 1311–1319.
- McFall, M., Saxon, A. J., Malte, C. A., Chow, B., Bailey, S., Baker, D. G., Beckham, J. C., Boardman, K. D., Carmody, T. P., Joseph, A. M., Smith, M. W., Shih, M. C., Lu, Y., Holodniy, M., Lavori, P. W. (2010): Integrating tobacco cessation into mental health care for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *JAMA* 304, 2485–2493.
- McKenna, J., Naylor, P., McDowell, N. (1998): Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses. *Br J Sports Med* 32, 242–247.
- Michal, M. (2004): Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychoanalyse. In: Heidenreich, T., Michalak, J. (Hg.): *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch*, S. 357–378. Tübingen: dgvt.
- Michal, M., Simon, P., Gori, T., König, J., Wild, P. S., Wiltink, J., Tug, S., Sterzing, B., Unterrainer, J., Münzel, T., Beutel, M. E. (2013a): Psychodynamic Motivation and Training program (PMT) for the secondary prevention in patients with stable coronary heart disease: study protocol for a randomized controlled trial of feasibility and effects. *Trials* 14, 314.
- Michal, M., Wiltink, J., Reiner, I., Kirschner, Y., Wild, P. S., Schulz, A., Zwiener, I., Blettner, M., Beutel, M. E. (2013b): Association of mental distress with smoking status in the community: Results from the Gutenberg Health Study. *J Affect Disord* 146, 355–360.
- Moylan, S., Jacka, F. N., Pasco, J. A., Berk, M. (2012): Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Med* 10, 123.
- Moylan, S., Gustavson, K., Karevold, E., Overland, S., Jacka, F. N., Pasco, J. A., Berk, M. (2013): The impact of smoking in adolescence on early adult anxiety symptoms and the relationship between infant vulnerability factors for anxiety and early adult anxiety symptoms: the TOPP Study. *PLoS One* 8, e63252.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., Prochaska, J. O. (2011): Stages of change. *J Clin Psychol* 67, 143–154.
- NVL-Depression, 2012. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression
- Ong, J. C., Ulmer, C. S., Manber, R. (2012): Improving sleep with mindfulness and acceptance: A metacognitive model of insomnia. *Behav Res Ther* 50, 651–660.
- Prochaska, J. J., Fromont, S. C., Banys, P., Eisendrath, S. J., Horowitz, M. J., Jacobs, M. H., Hall, S. M. (2007): Addressing nicotine dependence in psychodynamic psychotherapy: Perspectives from residency training. *Acad Psychiatry* 31, 8–14.
- Prochaska, J. J. (2010): Failure to treat tobacco use in mental health and addiction treatment settings: a form of harm reduction? *Drug Alcohol Depend* 110, 177–182.



- Prochaska, J. J., Hall, S. E., Delucchi, K., Hall, S. M. (2013): Efficacy of initiating tobacco dependence treatment in inpatient psychiatry: A randomized controlled trial. *Am J Public Health* 104, 1557–1565.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 19, 276.
- Pudrovska, T., Anishkin, A. (2013): Early-Life Socioeconomic Status and Physical Activity in Later Life Evidence From Structural Equation Models. *J Aging Health* 25, 383–404.
- Pulos, L. (2012): Childhood adversity and adult health. Tacoma Pierce County Health Department.
- Reid, K. J., Baron, K. G., Lu, B., Naylor, E., Wolfe, L., Zee, P. C. (2010): Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. *Sleep Med* 11, 934–940.
- Rudolf, G. (2010): *Psychodynamische Psychotherapie: Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (Hg.) (2012): *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Sanchez-Villegas, A., Delgado-Rodriguez, M., Alonso, A., Schlatter, J., Lahortiga, F., Serra-Majem, L., Martinez-Gonzalez, M. A. (2009): Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. *Arch Gen Psychiatry* 66, 1090–1098.
- Schroeder, S. A. (2007): Shattuck Lecture. We can do better – improving the health of the American people. *N Engl J Med* 357, 1221–1228.
- Schroeder, S. A. (2011): Depression, smoking, and heart disease: how can psychiatrists be effective? *Am J Psychiatry* 168, 876–878.
- Schulz, K.-H., Meyer, A., Langguth, N. (2012): Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 55, 55–65.
- Shah, A. J., Veledar, E., Hong, Y., Bremner, J. D., Vaccarino, V. (2011): Depression and history of attempted suicide as risk factors for heart disease mortality in young individuals. *Arch Gen Psychiatry* 68, 1135–1142.
- Teychenne, M., Ball, K., Salmon, J. (2010): Sedentary behavior and depression among adults: a review. *Int J Behav Med* 17, 246–254.
- Thayer, R. E. (2001): *Calm energy: How people regulate mood with food and exercise*. New York: Oxford University Press.
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., Aveyard, P. (2014): Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 348, g1151.
- Uebelacker, L. A., Eaton, C. B., Weisberg, R., Sands, M., Williams, C., Calhoun, D., Manson, J. E., Denburg, N. L., Taylor, T. (2013): Social support and physical activity as moderators of life stress in predicting baseline depression and change in depression over time in the Women's Health Initiative. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48, 1971–1982.
- Wendt, S. J. (2005): Smoking cessation and exercise promotion counseling in psychologists who practice psychotherapy. *Am J Health Promot* 19, 339–345.
- WHO (2009): *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. World Health Organization.
- Wilkinson, D. L., Sniehotta, F. F., Michie, S. (2011): Targeting those in need: baseline data from the first English National Health Service (NHS) health trainer service. *Psychol Health Med* 16, 736–748.
- Wipfli, B. M., Rethorst, C. D., Landers, D. M. (2008): The anxiolytic effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *J Sport Exerc Psychol* 30, 392–410.

- Wölfling, K., Beutel, M. E., Koch, A., Dickenhorst, U., Müller, K. W. (2013): Comorbid internet addiction in male clients of inpatient addiction rehabilitation centers: psychiatric symptoms and mental comorbidity. *J Nerv Ment Dis* 201, 934–940.
- Wöller, W., Kruse, J. (2010): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden. Stuttgart: Schattauer.
- Xie, P., Kranzler, H. R., Zhang, H., Oslin, D., Anton, R. F., Farrer, L. A., Gelernter, J. (2012): Childhood adversity increases risk for nicotine dependence and interacts with alpha5 nicotinic acetylcholine receptor genotype specifically in males. *Neuropsychopharmacology* 37, 669–676.
- Zschucke, E., Gaudlitz, K., Ströhle, A. (2013): Exercise and physical activity in mental disorders: clinical and experimental evidence. *J Prev Med Public Health* 46, 12–21.

Korrespondenzadresse: PD Dr. med. Matthias Michal, Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz, E-Mail: [michal@uni-mainz.de](mailto:michal@uni-mainz.de)