

Serge K.D. Sulz
Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten

CIP-Medien

Serge K.D. Sulz

Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten

**Wirksame Interventionen bei Depression,
Angst- und Zwangserkrankungen,
Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz**

Unter Mitarbeit von Julia Antoni,
Stephanie Backmund-Abedinpour, Beate Deckert,
Richard Hagleitner, Petra Jänsch, Gerd Laux,
Susanne Schober und Miriam Sichort-Hebing

Psychozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2020 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form

(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)

ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert

oder unter Verwendung elektronischer Systeme

verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Otto Freundlich, *Composition*, 1928

Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

ISBN 978-3-8379-3019-1 (Print)

ISBN 978-3-8379-7714-1 (E-Book-PDF)

Inhalt

	Einführung	13
I	Theorie	
1	Depression als Vermeidungsverhalten	19
2	Depression als kompromisshafte Konfliktlösung	21
3	Die Überlebensregel als Konfliktlösungsstrategie	23
4	Grundbedürfnisse – zentrale Bedürfnisse	27
5	Grundformen der Angst – zentrale Ängste	31
6	Dysfunktionale Persönlichkeitszüge	33
7	Der Prozess der Symptombildung – die Reaktionskette	43
8	Entwicklungshemmung durch belastende Kindheitserlebnisse	49
II	Praxis	
1	Einführung in die Praxis Grundlagen und Leitfaden	55

1.1	Das Konzept der PKP mit Therapie-/ Sprechstundenkarten: Drei Säulen (Symptomtherapie – Fertigkeitentraining – Persönlichkeitsentwicklung/Motivklärung)	56
1.2	Patientenaufnahme: Befunderhebung, Anamnese und Diagnose	57
1.3	Problemanalyse sowie Situations- und Verhaltensanalyse	57
1.4	Therapiedurchführung – 1. Säule: Umgang mit dem Symptom	58
1.5	Therapiedurchführung – 2. Säule: Fertigkeitentraining	59
1.6	Therapiedurchführung – 3. Säule: Persönlichkeitsentwicklung/Motivklärung	59
1.7	Praxisleitfaden: Handhabung des Kartensets	62
1.8	Praxisleitfaden: Vorschlag zum Ablauf der Sprechstunde/Visite	64
1.9	Situations- und Verhaltensanalyse auf Mikro- und Makroebene	66
1.10	Verhaltenssteuerung durch kurz- und langfristige Verstärkungen	69
1.11	Liste der Therapie-/Sprechstundenkarten	70
2	Patientenaufnahme bei Depression sowie Leitlinien zu PKP	77
3	PKP bei Depression	79
3.1	Die drei Säulen der PKP bei Depression	79
3.1.1	1. Säule: Umgang mit dem Symptom	79
3.1.2	2. Säule: Fertigkeitentraining	80
3.1.3	3. Säule: Persönlichkeitsentwicklung/Motivklärung	81
3.2	Ein Denkmodell zur Entstehung von Depression	82
3.3	Die Handhabung des Kartensets	82

3.4	Vorschlag zum Ablauf der Sprechstunde/Visite	82
3.5	Das praktische Arbeiten mit den Modulen	82
3.5.1	Depressive Symptome	82
3.5.2	Der Gefühlsstern: Vitale Pendelausschläge	84
3.5.3	Freude-Exposition	86
3.5.4	Angst-Exposition	87
3.5.5	Trauer-Exposition	89
3.5.6	Ärger-Exposition	90
3.5.7	Rückblick und Ausblick der Depressionstherapie	90
3.6	Liste der Therapie-/Sprechstundenkarten	91
3.7	Pharmakotherapie – Supplement	97
4	PKP bei Angst und Zwang	103
4.1	Die drei Säulen der PKP bei Angst und Zwang	104
4.1.1	1. Säule: Umgang mit dem Symptom	104
	Ablauf einer Analyse der Entstehung einer Angst- beziehungsweise Zwangserkrankung	104
4.1.2	2. Säule: Fertigkeitentraining	105
4.1.3	3. Säule: Persönlichkeitsentwicklung/Motivklärung	106
4.2	Ein Denkmodell zur Entstehung von Angst- und Zwangskrankheiten	106
4.3	Die Handhabung des Kartensets	108
4.4	Vorschlag zum Ablauf der Sprechstunde/Visite	108
4.5	Das praktische Arbeiten mit den Modulen	108
4.5.1	Symptome von Angst/Phobie und Zwang	108
4.5.2	Klinische Steckbriefe der Angst- und Zwangsstörungen	110
4.5.3	AACES: Die Sofortmaßnahme im Umgang mit Angst oder Zwang	112
4.5.4	Reaktionskette und aufrechterhaltende Konsequenzen	112
4.5.5	Erläuterungen zur Störungsspezifischen Therapiesystematik	114

Exposition bei Agoraphobie	115
Exposition bei Panikstörung	115
Exposition bei spezifischer Phobie	116
Therapie der sozialen Phobie (Exposition plus Verhaltensexperimente)	117
Sorgenexposition bei generalisierter Angststörung (Becker & Margraf 2007)	118
Exposition mit Reaktionsverhinderung bei Zwangsverhalten	119
4.6 Liste der Therapie-/Sprechstundenkarten	120
5 PKP bei Alkoholabhängigkeit	127
5.1 Die drei Säulen der PKP bei Alkoholabhängigkeit	127
5.1.1 1. Säule: Umgang mit dem Symptom	127
Ablauf einer Analyse der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit	127
5.1.2 2. Säule: Fertigkeitentraining	128
5.1.3 3. Säule: Persönlichkeitsentwicklung/Motivklärung	130
5.2 Ein Denkmodell zur Entstehung von Alkoholabhängigkeit	130
5.3 Die Handhabung des Kartensets	130
5.4 Vorschlag zum Ablauf der Sprechstunde/Visite	131
5.5 Das praktische Arbeiten mit den Modulen	131
5.5.1 Symptome der Alkoholabhängigkeit	131
5.5.2 Feststellung der Krankheit	131
5.5.3 Klärung des Motivationsstadiums: Von der Absichtslosigkeit zur entschiedenen Abstinenz	132
5.5.4 Antimotivationen	132
5.5.5 Wer kann dem Patienten helfen, abstinent zu bleiben?	133
5.5.6 Das Verhaltensmodell S-O-R-K	134
5.5.7 Die Reaktionskette	134
5.5.8 Veränderungen seit Symptombeginn	137
5.5.9 Die persönlichen Ziele	138

5.5.10	Typische Rückfallsituationen erkennen	138
5.5.11	Abstinenzverletzung	139
5.5.12	Notfallkarte	139
5.5.13	Gefühle wahrnehmen und aussprechen	140
5.5.14	Die Zeit zwischen den Gesprächen nutzen	141
5.5.15	Die Projekt-/Aufgabenkarte	141
5.5.16	Kraftspendende Rituale (in der Gruppe)	141
5.6	Liste der Therapie-/Sprechstundenkarten	142
6	PKP bei chronischem Schmerz	151
6.1	Die drei Säulen der PKP bei chronischem Schmerz	151
6.1.1	1. Säule: Umgang mit dem Symptom	151
6.1.2	2. Säule: Fertigkeitentraining	151
	Ablauf einer Analyse der Entstehung einer chronischen Schmerzerkrankung	153
6.1.3	3. Säule: Persönlichkeitsentwicklung/Motivklärung	154
6.2	Ein Denkmodell zur Entstehung von chronischem Schmerz	155
6.3	Die Handhabung des Kartensets	155
6.4	Vorschlag zum Ablauf der Sprechstunde/Visite	158
6.5	Das praktische Arbeiten mit den Modulen	158
6.5.1	Symptome des chronischen Schmerzes	158
6.5.2	Umgang mit belastenden Situationen	160
6.5.3	Wut beim chronischen Schmerz	161
6.5.4	Scham – ein häufiges Gefühl bei chronischem Schmerz	162
6.5.5	Versöhnung	162
6.5.6	Trauer um Verluste (von Menschen, Zukunft, Gesundheit)	163
6.5.7	Lebensabschnitte und Schmerz	163
6.5.8	Entspannung – Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson	163
6.5.9	Werte – Lebensleitlinien	164

6.6	Liste der Therapie-/Sprechstundenkarten	165
7	Affektregulierung – Emotionsregulation Mit Gefühlen umgehen lernen	173
7.1	Eine kurze Psychologie der Gefühle	174
7.2	Der bisherige Umgang mit Gefühlen	177
7.3	Gefühle ausdrücken	179
7.4	Zu welchen Handlungen Gefühle bewegen	180
7.5	Verhaltensanalyse des Gefühls und des Umgangs mit diesem	182
7.6	Wichtigste Gefühle, Umgang mit ihnen und die Folgen	182
7.7	Der neue Umgang mit den eigenen Gefühlen	183
7.8	Emotive Gesprächsführung – Emotion Tracking	187
8	Zwischenmenschliche Beziehung Beziehungen gestalten lernen	191
8.1	Emotionales Erleben wichtiger Beziehungen	191
8.2	Beziehungsformen	192
8.3	Dysfunktionaler Repetitiver Interaktions- und Beziehungs-Stereotyp (DRIBS)	197
8.4	Neuer Umgang mit Selbst und Beziehung	199
III	Forschung	
1	Einleitung	203
2	Die Braunschweiger PKP-Studie (Gruppen in der Klinik)	205
3	Die Münchner PKP-Studie	207
3.1	Phase 1 – ambulante Kurzzeittherapie (KZT)	207

3.2	Phase 2 – ambulante Kurz- und Langzeittherapie	209
4	Die Evaluation des PKP-Ansatzes in der ambulanten Behandlung der Alkoholkrankheit	213
5	Fazit Aktueller Stand der Evaluation von PKP	215
IV	Ausbildung	
1	Psychotherapie-Ausbildung in der psychiatrischen Klinik	219
	Literatur	225

Einführung

Die Facharztbezeichnung ist zwar »Psychiatrie und Psychotherapie«, aber heute ist die Psychotherapie die Domäne der Psychologischen Psychotherapeuten. Deren Tätigkeitsfeld ist gesetzlich geregelt und besteht fast ausschließlich in der Durchführung von »Richtlinientherapie«. Das sind 50-minütige Psychotherapie-Sitzungen. Bis zum 31.3.2017 waren diese antragspflichtig, auch wenn es sich nur um eine Kurzzeittherapie handelte. So wurden zum Beispiel 25, 45, 60 oder gar 80 verhaltenstherapeutische Therapiesitzungen beantragt. Dabei wurde ein dreiseitiger Bericht für den Gutachter verfasst, der Beschwerden, Befund, Diagnose, Lebensgeschichte, Krankheitsgeschichte, Verhaltens- und Bedingungsanalyse, Zielanalyse und Therapieplan enthielt. Erst wenn der Gutachter/die Gutachterin den Antrag befürwortete, konnte die Behandlung beginnen. Eine sofort beginnende Akuttherapie im Umfang von 12 mal 50 oder 24 mal 25 Minuten, wie sie heute existiert, gab es nicht. Da wesentlicher Bestandteil psychiatrischer Tätigkeit die unmittelbare Behandlung akuter Erkrankungen ist, waren die Psychotherapie-Richtlinien eher eine Behinderung der Akutversorgung psychisch erkrankter Menschen – aus der Perspektive der Psychiatrie. Weder das zeitraubende Antragsverfahren noch das 50-minütige Therapiesetting sind kompatibel mit der psychiatrischen Praxis. Diese benötigt sofort einsetzbare kurze Interventionen der Psychotherapie, die auch bei schweren Störungen einsetzbar sind, sowohl in der Sprechstunde der ambulanten Praxis beziehungsweise Ambulanz als auch im Patientengespräch des Stationsarztes im Krankenhaus. Die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP sollte Psychiatern den Zugang zur Psychotherapie ermöglichen, der den Anforderungen der Akuttherapie entspricht.

Die Entwicklung des PKP-Therapiekonzepts begann 2009, angestoßen durch Diskussionen auf dem DGPPN-Kongress, in denen immer wieder hervorgehoben wurde, dass Psychiater ein anderes Format für die psy-

chotherapeutische Betreuung ihrer Patienten benötigen, als es die Richtlinien-Psychotherapie anbietet. Das heißt, das Format beziehungsweise das Setting sollte sich von der Richtlinientherapie unterscheiden (kurze Interventionen in einem kurzen psychotherapeutischen Gespräch). Es sollten aber keine neuen Interventionsformen entwickelt werden. Vielmehr konnte und sollte auf das reichhaltige evidenzbasierte Repertoire der kognitiven Verhaltenstherapie zurückgegriffen werden. Dadurch wurden kontrollierte Wirksamkeitsprüfungen einzelner Interventionsarten überflüssig.

Bezüglich der Frage, ob ein 20- bis 25-minütiges Setting ausreichen kann oder der Patient nicht doch 50 Minuten Zuwendung braucht, gehen die Meinungen auseinander. Therapeuten aus der Psychotherapie können sich nicht vorstellen, dass 25 Minuten gut genutzt werden können und eventuell ausreichen. Therapeuten in der Akutversorgung in psychiatrischen Kliniken und Praxen können sich den Luxus von 50-minütigen Sitzungen aus Versorgungsgründen nicht leisten; sie machen das für Psychotherapeuten Nicht-Machbare machbar.

Wir haben diesen Aspekt gründlich analysiert und konnten immer wieder feststellen, dass 25 Minuten ausreichen, um eine relevante Intervention gut und wirksam durchzuführen. Viel Zeit vergeht allerdings im Regelfall, bis Therapeut und Patient ein Thema für die gerade laufende Sitzung gefunden haben, da der Therapeut meist kein gut operationalisiertes Konzept für die Abfolge der Therapieinhalte von Sitzung zu Sitzung hat. In der Akutversorgung ist es jedoch so, dass die Therapieinhalte auf der Hand liegen und im Konsens mit dem Patienten sofort am Anfang der Sitzung vereinbart beziehungsweise sogar schon am Ende der vorausgehenden Sitzung geplant werden. Es geht also um den roten Faden in der Therapie. Ist dieser festgelegt und vereinbart, reichen 25 Minuten sehr gut.

Für schwer erkrankte Patienten sind 50 Minuten ohnehin eine Überforderung, sodass dieser zeitliche Rahmen sogar kontratherapeutisch ist. Für sie sind problemorientierte Gespräche sehr belastend. Hinzu kommt, dass die Konzentration für ein so langes Gespräch nicht ausreicht. Nicht nur das Problemthema geht dem Patienten nahe, es entsteht eventuell auch zu viel Nähe zum Therapeuten, gegen die der Patient sich nicht so lange schützen kann.

Der Therapeut muss also von Anfang der Sitzung an alle Informationen verfügbar haben – über den Fall, das Therapiekonzept, die letzten Sitzungen und das jeweilige Vorhaben der Sitzung. Die Therapie muss also gut vorbereitet sein. Ganz allgemein gilt: Je kürzer die Therapie ist, umso

besser muss die Vorbereitung auf die Sitzung sein. Insgesamt stellt eine Kurzzeittherapie höhere Anforderungen. Zeit ist kostbar, nicht nur finanziell, sondern auch konzeptionell. Der Therapeut muss durchgängig wach, aufmerksam und einfühlsam sein, gut dosiert konfrontieren und ressourcenorientierte Änderungsimpulse geben. Das macht eine Kurzzeittherapie aber auch befriedigender.

Daher kann es eine große Entlastung sein, wenn der Therapeut wortwörtlich das Therapiekonzept und das jeweilige Vorgehen in der Hand hat – in Gestalt unserer Sprechstunden- beziehungsweise Therapiekarten. In jedem Gespräch bilden ein oder zwei Karten das Therapiekonzept. Auf der Vorderseite steht, was gemacht wird, und auf der Rückseite worauf es ankommt und was zu beachten ist. Es gibt Therapeuten-Karten und Patienten-Karten. Die eine hat der Therapeut in der Hand, die andere erhält der Patient. Es ist die gemeinsame Aufgabe, das vorgegebene Thema zu bearbeiten und eine Lösung zu finden. Beide konzentrieren sich darauf, beide haben dasselbe Ziel und beide bleiben beim Thema, bis eine Lösung in Sicht ist. Der Patient lehnt sich nicht zurück, um sich behandeln zu lassen. Er ist vielmehr Teil des Problemlöse-Teams und übernimmt damit mehr Verantwortung und Engagement. Es kommt einer Zusammenarbeit auf Augenhöhe zumindest subjektiv näher.

Das Arbeiten mit schriftlichem Material ist in der Verhaltenstherapie selbstverständlich. Psychodynamische Therapeuten fürchten manchmal, dass das auf Kosten der therapeutischen Beziehung geht. Das ist aber nicht der Fall. Sie trauen sich oft nicht, eine Gesprächspause zu machen, um etwas Wichtiges zu notieren. Dabei fördern solche zweiminütigen Pausen die reflektive Ebene. Wer noch nicht lange Patientengespräche führt, hat oft Angst, etwas falsch zu machen oder einen falschen Eindruck zu hinterlassen. Manche Therapeuten meinen, sie müssen alles auswendig wissen und dürfen keine Notizzettel verwenden. Sie kommen nicht auf die Idee, dass die Verwendung von Schriftmaterial die Sorgfältigkeit unterstreicht. Das Lesen der Patientenkarte hilft dem Patienten, besser zu verstehen, was der Therapeut meint. Erstens versteht er nicht alles, zweitens merkt er sich vieles nicht und drittens hält er nur einen kleinen Teil des Gesprochenen für sich relevant.

Wir haben durchgängig die Erfahrung gemacht, dass Patienten sehr positiv auf die Sprechstundenkarten reagieren und sie es als angenehm empfinden, mit ihnen zu arbeiten. Therapeuten machen dieselbe Erfahrung, nachdem sie ihre anfängliche Hemmung überwunden haben.