

Mehr therapeutische Hilfe für mehr psychisch Kranke – Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP)

Herausgegeben von Serge K.D. Sulz und Beate Deckert

Psychotherapie

2021 | 26. Jg. | Heft 2

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. med. Matthias Berger, Freiburg
Prof. Dr. med. Peter Buchheim, München
Prof. Dr. med. Gerd Buchkremer, Tübingen
Prof. Dr. phil. Josef Duss-von-Werdt, Luzern
Prof. Dr. med. Hinderk Emrich, Hannover
Prof. Dr. med. Manfred Fichter, Dipl.-Psych.,
Prien
Prof. Dr. med. Erdmuthe Fikentscher, Halle
Prof. Dr. Toni Forster, Dipl.-Psych., Dachau
Prof. Dr. med. Michael Geyer, Leipzig
Dr. med. Siegfried Gröninger, Dipl.-Psych.,
München
Prof. Dr. phil. Monika Hasenbring, Bochum
Prof. Dr. phil. Siegfried Höfling, Dipl.-Psych.,
Karlsfeld
Prof. Dr. phil. Renate de Jong, Dipl.-Psych.,
Münster
Prof. Dr. med. Rudolf Klußmann, München
Prof. Dr. phil. Armin Kuhr, Dipl.-Psych.,
Hannover
Prof. Dr. med. Michael Linden, Dipl.-Psych.,
Berlin
Prof. Dr. phil. Jürgen Margraf, Dipl.-Psych.,
Basel
Prof. Dr. med. Rolf Meermann, Dipl. Psych.,
Pyrmont
Prof. Dr. phil. Wolfgang Mertens, Dipl.-Psych.,
München
Priv.-Doz. Dr. phil. Mechthild Papousek,
München
Prof. Dr. phil. Franz Petermann, Dipl.-Psych.,
Bremen
Prof. Dr. phil. Eibe-Rudolf Rey, Dipl.-Psych.,
Mannheim
Prof. Dr. phil. Armin Schmidtke, Würzburg

Impressum

Psychotherapie

ISSN 2364-1517 (print)

ISSN 2699-2051 (digital)

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

26. Jahrgang, 2021, Heft 2

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2021-2>

Herausgeber

Prof. Dr. phil. Willi Butollo, München

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch, München

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller, München

Prof. Dr. phil. Dr. med. Serge K.D. Sulz, München

Schriftleitung

Serge K. D. Sulz

Manuskriptsendungen bitte an:

prof.sulz@eupehs.org

Erscheinungsweise

halbjährlich (April/November)

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:

anzeigen@psychosozial-verlag.de

Abonnementbetreuung

Psychosozial-Verlag

Wälltorstr. 10

35390 Gießen

Tel. 0641/969978-26

Fax 0641/969978-19

bestellung@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Bezug

Jahresabonnement 30,- € (zzgl. Versand)

Einzelheft 34,- € (zzgl. Versand)

Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Beendigung des Bezugszeitraums erfolgt.

Copyright

© 2021 Psychosozial-Verlag

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck – auch auszugsweise – mit Quellenangabe nur nach Rücksprache mit den Herausgebern und dem Verlag.

Hauptredaktion

Thomas Bronisch, Serge K.D. Sulz

Fachredaktionen

Psychiatrie und Psychotherapie: Prof. Dr. med. Hans Peter Kapfhammer, Graz | Psychotherapeutische Medizin: Dr. med. Friedrich von Heymann, München | Klinische Psychologie: Prof. Dr. phil. Eibe-Rudolf Rey, Weinheim | Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Dr. med. Peter Altherr, Klingenmünster; Prof. Dr. med. Jörg Wiese, Nürnberg | Psychotherapie im Alter: Prof. Dr. Dr. Rolf Hirsch, Bonn | Tiefenpsychologie und Psychoanalyse: Dr. phil. Matthias Lohmer, München | Verhaltenstherapie: Prof. Dr. rer. nat. Winfried Rief, Marburg | Familientherapie: Dr. phil. Jörg Kaspar Roth, München | Gruppentherapie: Univ.-Doz. Dr. phil. Dieter Sandner, München; Prof. Dr. phil. Volker Tschuschke, Köln | Neue Psychotherapien: Dr. med. Wolf Büntig, Penzberg | Pharmakotherapie: Prof. Dr. med. Gerd Laux, Wasserburg | Klinische Entwicklungspsychologie: Dr. phil. Gisela Röper, München | Klinische Persönlichkeitspsychologie: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Fydrich, Berlin | Sexuologie: Dr. phil. Andreas Rose, Nürnberg; PD. Dr. med. Thomas Moesler, Erlangen | Psychotherapieforschung: Prof. Dr. med. Mathias Berger, Freiburg; Prof. Dr. med. Horst Kächele, Ulm | Prävention und Rehabilitation: Dr. med. Mark Schmid-Neuhaus, München | Kliniken: Prof. Dr. phil. Wolfgang Hiller, Mainz; Dr. med. Rainer Schors, München | Tageskliniken: Dr. med. Igor Tominschek, München | Ambulante Praxis: Dipl.-Psych. Jochen Weidhaas, Bad Dürkheim | Geschichtliches: Prof. Dr. med. Matthias Weber, München | Ethik: Dr. med. Gebhard Allert, Ulm | Redaktion Österreich: Prof. Dr. med. Gerhard Lenz, Wien | Redaktion Schweiz: Dr. phil. Peter von Tessin, St. Gallen

Inhalt

Editorial	5
Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) und Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (MVT) <i>Serge K. D. Sulz & Stephanie Backmund-Abedinpour</i>	
Grundlagen und Konzeption der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP)	9
<i>Serge K. D. Sulz & Stephanie Backmund-Abedinpour</i>	
Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) der Depression	25
<i>Beate Deckert & Serge K. D. Sulz</i>	
Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) bei Angst- und Zwangskrankheiten	33
<i>Miriam Sichort-Hebing, Petra Jänsch & Serge K. D. Sulz</i>	
Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) bei Alkoholabhängigkeit	47
Ein integratives Manual für die psychiatrische und psychotherapeutische Praxis <i>Julia Antoni</i>	
Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) bei chronischem Schmerz	59
<i>Susanne Schober</i>	
Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) der Depression als kombinierte Gruppen- und Einzeltherapie in Psychiatrischen Kliniken – Konsistente Therapieeffekte	73
<i>Christian Algermissen & Nina Rösser</i>	
Transdiagnostische Therapie durch Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (MVT) – Modul 1 bis 5	91
<i>Serge K. D. Sulz & Lars Theßen</i>	
Transdiagnostische Therapie durch Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (MVT) – Modul 6 und 7	121
<i>Serge K. D. Sulz & Lars Theßen</i>	
Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose (MKT+)	149
<i>Ruth Veckenstedt, Francesca Bohn, Steffen Moritz & Rabea Fischer</i>	



Serge K. D. Sulz

Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie **Entwicklung von Affektregulierung,** **Selbstwirksamkeit und Empathie**



2021 · 489 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-3116-7

»Das Buch von Serge K. D. Sulz zur mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie ist ein Muss für jeden, der Verhaltenstherapie nicht nur an der Oberfläche verstehen will.«

Prof. Dr. Michael Linden

Mit dem Ansatz der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie vereint Serge K. D. Sulz erfolgreiche Konzepte der Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Psychotherapie und vermittelt anschaulich notwendige Kompetenzen für die klinische Praxis, deren zentrale Therapiestrategie zugrunde liegt: Zunächst wird mit dem Aufbau einer sicheren Bindung und selbstwertstärkenden Beziehung begonnen. Aus der Biografie wird die kindliche Überlebensstrategie (inneres Arbeitsmodell) als heute dysfunktional gewordene Überlebensregel offengelegt und durch eine Erlaubnis gebende Lebensregel ersetzt. Mit Achtsamkeit werden die Emotionsprozesse in den Fokus der Aufmerksamkeit geholt und mit dem Emotion Tracking in der Tiefe erfahren und reflektiert. Schließlich wird die Stagnation der Entwicklung behoben, indem der Schritt von den nicht-mentalisierten (impulsiven oder affektiven) Stufen auf die mentalen Stufen (Selbstwirksamkeit und Empathie) gefördert wird.

Editorial

Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) und Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (MVT)

Psychotherapie 2021, 26(2), 5–8

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2021-2-5>

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

Als 1987 mein Buch *Psychotherapie in der Psychiatrie* im Thieme-Verlag erschien, war der Titel, wie ein Rezensent kritisch anmerkte, nicht präzise. Denn es ging nur um die Verhaltenstherapie bei den psychiatrischen Erkrankungen Angst, Zwang, Depression und Schizophrenie. Die Rüge des Rezensenten bezog sich aber damals auch darauf, dass Verhaltenstherapie keine Psychotherapie ist.

Auch PKP ist Verhaltenstherapie (siehe Sulz, 2017b, c), entwickelt von unserer Arbeitsgruppe in der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie DÄVT, deren Präsident ich damals war. PKP baut auf dem Ratgeber und Manual *Depression* (Sulz, 2003) auf. PKP soll bewirken, die psychiatrische Sprechstunde und das psychiatrische Gespräch in der psychiatrischen Klinik psychotherapeutischer zu machen, die vielen einzelnen Gespräche zu einer systematischen Abfolge kurzer Therapiesitzungen zu machen, die ein Therapieziel verfolgen, auch bei zweiwöchentlichen Abständen den roten Faden nicht zu verlieren und beim nächsten Mal dort weiterzumachen, wo zuletzt aufgehört wurde.

Es dauerte aber nicht lange, bis Psychologische PsychotherapeutInnen PKP entdeckten und routinemäßig auch in Richtlinientherapien anwandten. Das war kein Problem, weil PKP nur evidenzbasierte leitliniengerechte Interventionen enthält. Nicht die therapeutischen Inhalte sind

PKP-spezifisch, sondern das Setting und die Systematik der Therapieplanung.

Inzwischen ist PKP nach der Depression (und dies mittlerweile in mehreren Sprachen wie Englisch, Türkisch, Russisch, Polnisch und Ungarisch) auch für Angst- und Zwangsstörungen, Alkoholismus und Schmerzstörungen verfügbar. Zudem kann für alle weiteren psychischen Störungen auf ein transdiagnostisches störungsspezifisches PKP-Therapiekonzept zurückgegriffen werden.

In diesem Themenheft wird vor allem auf die störungsspezifischen Herangehensweisen von PKP eingegangen (vgl. Sulz, 2021b).

Transdiagnostische störungsübergreifende Therapiekonzepte sind eine wichtige Ergänzung zu den störungsspezifischen Behandlungsansätzen. Diese beziehen sich einerseits auf Mikroprozesse in der Therapiesitzung sowie die therapeutische Beziehung und andererseits auf eine ganzheitliche Störungs- und Therapietheorie, die verfahrensübergreifend ist. Während wir die störungsspezifische Therapiemethodik in den PKP-Karten und -Handbüchern unterbringen, bringen wir wichtige Wirkfaktoren der Psychotherapieforschung in Kurztherapieansätzen zur Anwendung, beschrieben zum Beispiel in *Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden* (Sulz, 2017a, eine Aktualisierung der 1994 erschienenen *Strategischen Kurzzeittherapie*) und ab diesem Jahr auch in *Mentalisie-*

rungsfördernde Verhaltenstherapie (Sulz, 2021a). Letztere ist ein Brückenschlag zu den Psychodynamischen Therapien, indem sie einen behavioralen Brückenkopf am Verhaltenstherapieufer gegenüber dem psychoanalytischen Brückenkopf der Mentalisierungsfördernden Therapie (Fonagy et al., 2008) baut. Denn PKP kann nicht allein existieren ohne einen konzeptionellen Überbau, den die MVT (Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie) bietet, indem sie in die subtilen prozessualen und relationalen Feinheiten der Patient-Therapeut-Interaktion und die Emotionsregulation (Sulz, 2021c) hineingeht.

Serge K. D. Sulz und Stephanie Backmund-Abedinpour gehen im ersten Artikel auf die Grundlagen und die Konzeption der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) ein.

Beate Deckert und Serge K. D. Sulz stellen darauf die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie der Depression dar – als eine leicht praktikable Anwendung evidenzbasierter Interventionen in Ambulanz und Praxis. Sprechstunden- oder Therapiekarten führen durch die Behandlung, sodass diese auch in der psychiatrischen Sprechstunde oder der Klinikvisite als systematisch fortgeführte individuelle Therapie eingesetzt werden kann, ohne dass das 50-Minuten-Setting der Richtlinien-therapie erforderlich ist. Sie berichten, dass Patienten gern mit den Karten arbeiten und der Therapeut den Überblick behält.

Über die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) bei Angst- und Zwangs-krankheiten schreiben Miriam Sichort-Hebing, Petra Jänsch und Serge K. D. Sulz. Sie berichten, dass PKP von Angst- und Zwangsstörungen sicher durch die konkreten Therapiemaßnahmen der evidenzbasierten Verhaltenstherapie führt. Die Therapiekarten ermöglichen es, direkt mit dem Patienten die einzelnen Therapieschritte

durchzugehen, sodass genau das stattfindet, was wirkt. Für alle wichtigen Angststörungen gibt es ein Kartenset – auf der Vorderseite steht, was zu tun ist, und auf der Rückseite, was dabei zu beachten ist.

Julia Antoni beschreibt die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) bei Alkoholabhängigkeit. Sie geht von der Tatsache aus, dass AlkoholpatientInnen in der psychiatrischen Praxis oft unterversorgt bleiben. Vorurteile und Rahmenbedingungen erschweren es ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen, mit dem komplexen Krankheitsbild adäquat umzugehen. Sie beschreibt das systematische PKP-Therapiekonzept in der ambulanten Alkoholentwöhnung an der CIPM-Fachambulanz in München, das im Einzel- und Gruppen-setting ein strukturiertes Vorgehen ermöglicht. Zentrale Themen sind die Förderung von Krankheitseinsicht und Motivation, der (Wieder-)Aufbau von Ressourcen, das Entwickeln eines subjektiven Krankheitsmodells als Grundlage für die Abstinenzentscheidung und der Aufbau von sozialen und emotionalen Fertigkeiten.

Susanne Schober entwickelte die PKP Chronischer Schmerz (Schober, 2018). Sie orientiert sich an einem multifaktoriellen Modell, das unter anderem auch im therapeutischen Vorgehen (Säule 2, Fertigkeitstraining) zu sehen ist. Dem Patienten werden wichtige biologische und körperliche Vorgänge erklärt wie die Schmerzhemmung oder die langfristigen Auswirkungen von chronischer muskulärer Anspannung. Das Manual enthält hilfreiche und zielführende Übungen zu Gedanken, Gefühlen und zu den eigenen Werten im Hinblick auf den chronischen Schmerz. Auch ein aktives Auseinandersetzen mit individuellen Situationen und Lebensabschnitten, die den Schmerz aufrechterhalten, auslösen oder verstärken, ist enthalten. Den Abschluss bildet die Erarbeitung der Über-

lebensregel, die die Basis der Persönlichkeitsentwicklung des Menschen darstellt (Säule 3).

Über Psychiatrische Kurz-Psychotherapie der Depression als kombinierte Gruppen- und Einzeltherapie in Psychiatrischen Kliniken und deren konsistente Therapieeffekte wird von Christian Algermissen und Nina Rösser berichtet. Als neuartige Therapietechnik nutzt die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie insbesondere Kurzinterventionen zum Aufbau einer Behandlungsstrategie und ist besonders geeignet, einen Therapiefortschritt während des begrenzten stationären Behandlungszeitraums herzustellen. Die Inhalte können als kombiniertes gruppen- und einzeltherapeutisches Behandlungskonzept in allgemeinpsychiatrisch und psychotherapeutisch orientierten Stationen einer Versorgungsklinik implementiert werden (Algermissen & Rösser, 2019). Die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Evaluation (n = 1.196) erlauben eine positive Bilanz. Das Therapiekonzept ist effektiv, ressourcenschonend und erfährt eine hohe Akzeptanz bei den Patienten.

Serge K. D. Sulz und Lars Theßen stellen Transdiagnostische Therapie durch Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (MVT) Modul 1 bis 5 vor. Sie baut auf der Bindungstheorie, dem Mentalisierungsansatz von Fonagy und Mitarbeitern sowie der Entwicklungspsychologie Piagets auf. Ihre Ziele sind Bindungssicherheit, Affektregulierung, Selbstwirksamkeit und Empathiefähigkeit. Sie besteht aus sieben Therapiemodulen: dem Bindungs-Beziehungs-Modul, den beiden Akzeptanzmodulen Überlebensregel/inneres Arbeitsmodell und Achtsamkeit/Akzeptanz, den beiden Mentalisierungsmodulen Emotion Tracking und Metakognition einerseits und Mentalisierung andererseits sowie den beiden Entwicklungsmodulen Schritt von der Affekt- auf die Denkenstufe sowie

Schritt von der Denkenstufe auf die Empathiestufe. In dieser Arbeit werden die ersten fünf Module beschrieben, die restlichen zwei (Entwicklung) sind Gegenstand des zweiten Artikels.

Serge K. D. Sulz und Lars Theßen stellen Modul 6 und 7 der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie (MVT) dar, die ersten fünf sind Gegenstand des ersten Artikels. Ziele der MVT sind Bindungssicherheit, Affektregulierung, Selbstwirksamkeit und Empathiefähigkeit.

So wie PKP durch eine Studie von Peters und Sulz (2018) begann, Evidenzbasierung zu erreichen, werden auch für MVT kontrollierte Studien durchgeführt, deren Ergebnisse abzuwarten bleiben.

Serge K. D. Sulz

Literatur

- Algermissen, C. & Rösser, N. (2019). Psychiatrische Kurz-Psychotherapie von depressiven Störungen in kombinierter Gruppen- und Einzeltherapie – ein Behandlungskonzept für Versorgungskliniken. *Psychotherapie*, 24(1), 113–135.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L. & Target, M. (2008). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Peters, M. & Sulz, S. K. D. (2018). Wirksamkeit der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) – Ist Kurzzeittherapie der Depression einer Langzeittherapie ebenbürtig? Eine vergleichende Studie. *Psychotherapie*, 23(1), 151–164.
- Schober, S. (2018). *Psychotherapiekarten für die Praxis: Chronischer Schmerz. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (1987). *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S. K. D. (2003). *Depression: Ratgeber und Manual für Betroffene, Angehörige und alle beruflichen Helfer*. 3. erweiterte Auflage. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2017a). *Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden. Für PsychotherapeutInnen, die sich in Kurzzeittherapie einarbeiten wollen*. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag.

- Sulz, S.K.D. (2017b). *Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen – Band 1: Verhaltenstherapie-Wissen: So gelangen Sie zu einem tiefen Verständnis des Menschen und seiner Symptome*. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag.
- Sulz, S.K.D. (2017c). *Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen – Band 2: Verhaltenstherapie-Praxis: Alles was Sie für eine gute Therapie brauchen*. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag.
- Sulz, S.K.D. (2021a). *Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie MVT*. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag.
- Sulz, S.K.D. (2021b). *Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten. Wirksame Interventionen bei Depression, Angst- und Zwangskrankheiten, Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz*. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag.
- Sulz S.K.D. (2021c). *Mit Gefühlen umgehen – Praxis der Emotionsregulation in der Psychotherapie*. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozial-Verlag.
- Sulz, S.K.D. & Deckert, B. (2012a). *Psychotherapiekarten für die Praxis. Depression. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Antoni, J., Hagleitner, R. & Spaan, L. (2012b). *Psychotherapiekarten für die Praxis. Alkoholabhängigkeit. Therapiekarten*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Sichort-Hebing, M. & Jansch, P. (2015b). *Psychotherapiekarten für die Praxis Angst & Zwang. Therapiekarten*. München: CIP-Medien.

Grundlagen und Konzeption der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP)¹

Serge K. D. Sulz & Stephanie Backmund-Abedinpour

Psychotherapie 2021, 26(2), 9–23

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2021-2-9>

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

Zusammenfassung: Die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) wendet ausgehend von einem integrativen behavioralen und psychodynamischen Fallverständnis evidenzbasierte störungsspezifische verhaltenstherapeutische Interventionen bei Angst, Depression, Alkoholabhängigkeit und chronischem Schmerz an. Zudem steht transdiagnostisch ein Interventions- und Grundlageninventar zur Verfügung, sodass störungsübergreifend auch Patienten mit nicht so häufigen Diagnosen behandelt werden können. Auf diese wird in dieser Arbeit eingegangen. Zuvor wird die Entstehung des PKP-Projekts und dessen theoretischer und konzeptioneller Hintergrund geschildert. Der Forschungsstand wird kurz skizziert.

Schlüsselwörter: Psychiatrische Kurz-Psychotherapie, Strategische Kurzzeittherapie, Sprechstundenkarten, Therapiekarten, Überlebensregel, Reaktionskette zum Symptom, Expositionstherapie

Einführung

Die Facharztbezeichnung ist zwar »Psychiatrie und Psychotherapie«, aber heute ist die Psychotherapie die Domäne der Psychologischen PsychotherapeutInnen. Deren Tätigkeitsfeld ist gesetzlich geregelt und besteht fast ausschließlich in der Durchführung von »Richtlinientherapie«. Das sind 50-minütige Psychotherapiesitzungen. Bis 31.03.2017 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 an den Gutachter geschrieben, der Beschwerden, Befund, Diagnose, Lebens-

geschichte, Krankheitsgeschichte, Verhaltens- und Bedingungsanalyse, Zielanalyse und Therapieplan enthielt. Erst wenn der Gutachter/die Gutachterin den Antrag befürwortete, konnte die Behandlung beginnen. Eine sofort ohne Umschweife 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 Psychotherapierichtlinien 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 bzw. Ambulanz als auch im Pa-

¹ Hinweis: Die Darstellungen dieses Artikels folgen den entsprechenden Kapiteln der Monografie: S. Sulz (2021): *Kurz-Psychotherapie mit Sprechstundenkarten*.

tientengespräch der Stationsärztinnen und -ärzte im Krankenhaus. Die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) sollte PsychiaterInnen den Zugang zur Psychotherapie verschaffen, 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 PsychiaterInnen ein anderes Format für die psychotherapeutische Betreuung ihrer Patienten brauchen, als es die Richtlinienpsychotherapie anbietet.

Das heißt, das Format bzw. das Setting sollte sich von der Richtlinienpsychotherapie 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.

Bei der Frage, ob ein 20- bis 25-minütiges Setting ausreichen kann und der Patient nicht doch 50 Minuten Zuwendung braucht, scheiden sich die Geister. Wer von der Psychotherapie herkommt, kann sich gar nicht vorstellen, dass 25 Minuten genutzt werden können und eventuell ausreichen. Wer von der Akutversorgung in der psychiatrischen Klinik und Praxis herkommt, kann sich den Luxus 50-minütigen Sitzungen aus Versorgungsgründen einfach nicht leisten und macht das für PsychotherapeutInnen 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 TherapeutIn und PatientIn

ein Thema für die gerade laufende Sitzung gefunden haben, da die Therapeutin 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 bzw. 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.

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

Damit bleibt lediglich, dass die Therapeutin von Anfang der Sitzung an alle Informationen verfügbar haben muss – über den Fall, das Therapiekonzept, die letzten Sitzungen und das heutige Vorhaben. Sie muss also gut vorbereitet sein. Es gilt ganz allgemein, dass je kürzer die Therapie, umso besser muss die Vorbereitung auf die Sitzung sein. Wie überhaupt eine Kurzzeittherapie höhere Anforderungen stellt. Zeit ist kostbar, nicht nur finanziell, sondern konzeptionell. Die Therapeutin muss durchgängig wach, aufmerksam, einfühlsam sein, gut dosiert konfrontieren und ressourcenorientierte Änderungsimpulse geben. Das macht eine Kurzzeittherapie aber auch befriedigender.

Da ist es eine sehr große Entlastung, wenn die Therapeutin wortwörtlich das Therapiekonzept und das heutige Vorgehen in der Hand hat – in Gestalt unserer

Sprechstundenkarten bzw. 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 TherapeutInnen-Karten und PatientInnen-Karten. Die einen hat die Therapeutin 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 Problemlöseteams und damit übernimmt er mehr Verantwortung und Engagement. Es kommt einer Zusammenarbeit auf Augenhöhe zumindest subjektiv näher.

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

An welcher Stelle der Therapie wir beim nächsten Mal weiterarbeiten, steht meist schon fest. Das Thema geben die nächsten Karten vor, die auf den heute bearbeiteten aufbauen. PatientIn und TherapeutIn können sich vorab darauf einstellen.

Das Therapieprogramm muss aber nicht linear und im vorgegebenen Takt durchgeführt werden. Manche Karten können übersprungen werden, andere brauchen doppelt oder dreimal so viel Zeit. Und natürlich kann auch eine Pause eingelegt werden, um Hochaktuelles zu besprechen. Das sollte jedoch bald den Therapiethemen des Programms zugeordnet werden, sodass das aktuelle Thema nicht wegführt, sondern wieder zurückführt (Kaufmayer & Sulz, 2018).

Theoretische Grundlage

Depression als Vermeidungsverhalten

Die Anfänge von PKP liegen sehr weit zurück. Der 1993 erschienene Ratgeber *Depression* (Sulz, 1993) war so gefragt, dass 2003 als Nachfolger *Depression – Ratgeber und Manual* mit einer Erweiterung um ein Manual im Sinne von Rat und Tat veröffentlicht wurde (Sulz, 2017c [2013 als E-Book veröffentlicht]). Dessen Teil 2 »Den Weg aus der Depression gehen« enthielt bereits das Expositionsprinzip bezüglich der vier Emotionsgruppen Freude, Angst, Wut und Trauer und es wurde funktionsanalytisch danach gefragt, was mithilfe der Depression vermieden wird. Depression als Vermeidungsverhalten war bis dahin in Forschung und Publikationen nicht berücksichtigt worden. Nur die tiefenpsychologischen Theorien waren darauf eingegangen. Es gibt jedoch auch einen genuin verhaltenstherapeutischen Zugang: die Betrachtung der Depression als instrumentelles Verhalten, das einem Zweck dient und ein Ziel erreichen soll. Damit wird deutlich über das gängige Verstärkerverlust- und das »Gedanken machen depressiv«-Paradigma hinausgegangen. Damit sind wir nicht weniger verhaltenstheoretisch als diese beiden zu oft dem Fall nicht gerecht werdenden einfachen Störungsmodelle. Vielmehr wird das häufige und mächtige Prinzip der negativen Verstärkung in den Mittelpunkt gestellt. Denn das Prinzip »fehlende Verstärkung macht depressiv« ist rein kausal und vernachlässigt, dass das depressive Syndrom ein Bündel von Verhaltensweisen ist, die jeweils durch negative Verstärkung aufrechterhalten werden. Die heutige funktionsanalytische Betrachtungsweise von Verhalten nimmt zur kausalen Komponente die teleologische hinzu, das heißt die instrumentelle Komponente von Vermeidungsverhalten

und Symptombildung. Was bei anderen Symptombildungen evident erscheint, wird der Depression nur zögerlich zugestanden. Sie ist aber nicht nur ein Ergebnis, ein Endzustand. Sie ist eine unbewusste Strategie der menschlichen Psyche, die durch ihre intendierte Wirksamkeit aufrechterhalten wird. Diese Aussage können wir psychodynamisch nennen und denken dabei an die Tiefenpsychologie. Bei genauerer Betrachtung sind die Begriffe »psychodynamisch« und »funktionsanalytisch« Synonyme. Die Tiefenpsychologie verwendet heute auch immer häufiger den Begriff der Vermeidung, wo sie doch beim Begriff »Abwehr« bleiben könnte. Schädliches oder Bedrohliches wird vom bewussten Erleben ferngehalten, sei es auch um den Preis der Realitätsverzerrung oder gar der Verleugnung von Tatsachen.

Depression als kompromisshafte Konfliktlösung

Wir stimmen auch mit der Tiefenpsychologie darin überein, dass das Symptom ein Mittel ist, um einen mit normalpsychologischen Mechanismen unlösbaren Konflikt trotzdem noch lösen zu können. Bei zwei Lösungsmöglichkeiten eines Konflikts wird diejenige vermieden, die zu viel Angst, Scham oder Schuldgefühle erzeugen würde. Oft ist es ein wehrhaftes Eintreten für eigene Belange, das diese Gefühle auslösen würden. Da aber die zweite Alternative – weiterhin sich alles gefallen lassen – unerträglich geworden ist, kann sie nicht ohne Weiteres gewählt werden. Hier hilft das Symptom als Kompromiss.

Der Begriff »Kompromiss« ist in der Tiefenpsychologie so gemeint, dass zwar die Entscheidung gegen die Selbstfürsorge und Selbstbehauptung fällt, aber doch noch nicht völlig im angepassten nachgiebigen

Habitus geblieben wird. Denn das Symptom macht die Fortsetzung der Anpassung oder gar Unterwerfung unmöglich. Wer depressiv ist, kann das bisherige angepasste Sozialverhalten nicht aufrechterhalten, sondern zieht sich zurück und kann auch nicht mehr so viel für andere leisten wie bisher. Aber das können die anderen tolerieren, da ihnen nicht »Ich will nicht mehr« entgegengeschmettert wird, sondern vielmehr mit schwacher Stimme ein geplagtes »Ich kann nicht mehr« gehaucht wird. Erst sehr verzögert werden die Bezugspersonen ärgerlich – wenn sie merken, auf wie viel gemeinsames Erleben sie verzichten müssen.

Die Überlebensregel als Konfliktlösungsstrategie

Es ist anstrengend und unzuverlässig, sich in jeder Konfliktsituation auf sein momentanes Gefühl zu verlassen. Unsere Psyche arbeitet sehr ökonomisch und effizient. In diesem Fall gibt sie eine Handlungsregel vor, die bestimmt, wie in konflikthaften Situationen zu handeln ist. Lange bevor wir uns Gedanken machen können, ist von emotionaler Seite her schon die Entscheidung gefallen. Und wenn wir doch anfangen uns dagegen zu wehren, entsteht sofort Angst, Scham oder Schuldgefühl, sodass wir auf dem rechten Weg bleiben. Unser Verhalten ist also nicht einfach konditioniert oder biologisch vorgegeben, sondern es wird zu einem großen Teil durch Regeln geleitet, die sich aus unseren Erfahrungen der ersten Lebensjahre ergeben. In diesem Sinne sprechen Hayes, Gregg und Wulfert (1998) von »rule governed behavior« (vgl. Sulz, 2017a, b).

Die Regeln beginnen früh im Leben. Bowlby (1975, 1976) beschreibt das »Innere Arbeitsmodell« des Säuglings als Quintessenz des Bindungsangebots der

Mutter. Das Kind verhält sich fortan so, dass die Wahrscheinlichkeit, ausreichend Bindung zu erhalten, so groß wie möglich mit genau dieser Mutter ist. Dies ist eine Regel, die dem Kind das emotionale Überleben ermöglicht. Dies entspricht den »Grundannahmen« von Aaron T. Beck (1979, 2004) und den »survival patterns« von Samuel Slipp (1973). Annemarie Dührssen (1995) hat diese Heuristik unabhängig von der Bindungstheorie in der Tiefenpsychologie bekannt gemacht.

Wenn wir, wie es in der Sprache der Verhaltenstherapie üblich ist, nur Körper – Emotion – Kognition und Handlung unterscheiden, dann ist die Überlebensregel kognitiv. Entsprechend hat Aaron T. Beck (1979) die impliziten Grundannahmen des Kindes über das Funktionieren der Welt dem Kognitiven zugeordnet. Dies sind die Schlussfolgerungen des Kindes aus seinen Erfahrungen vor allem mit den Eltern, die sich aus seinem Weltbild und seinem Selbstbild zusammensetzen. Das sind kausale Aussagen, die vorhersehen lassen, wie Eltern auf welches kindliche Verhalten reagieren werden. Da diese Grundannahmen auch beim Erwachsenen vorhanden sind, oft kaum verändert, werden ihre Vorhersagen immer weniger zutreffen. Was also in der Kindheit höchst hilfreich war, wird für Erwachsene eine irreführende Verhaltensregel. Zum Beispiel: Wenn du dich wehrst, wirst du abgelehnt und ausgeschlossen. Bei angemessener Wehrhaftigkeit ist das Gegenteil der Fall. Es wird mehr Rücksicht genommen und es entsteht größere Wertschätzung. Wenn von einer früheren Reaktion eines Elternteils auf das Verhalten einer heutigen Bezugsperson (z. B. Partner oder Vorgesetzter) geschlossen (übertragen) wird, nennt die Tiefenpsychologie dies Übertragung. McCullough (2007) bezeichnet die Grundannahmen als kausaltheoretische Schlussfolgerungen, die zu einer Über-

tragungshypothese führen. Theoretisch ist dies nur eine geringfügige Erweiterung von Becks kognitiver Theorie, die diese Aussagen implizit enthält.

Indem wir uns damit auseinandersetzen, drücken wir diese Regel sprachlich aus. Aber der Säugling kann noch nicht sprechen. Es ist also eine präverbale Systemregel, die die psychischen Prozesse lenkt, ohne jedes explizite Denken und ohne jegliche Sprache.

Ich habe aus den Formeln der genannten Autoren eine »Überlebensregel« gemacht (Sulz, 1994), die neben den Geboten und Verboten auch die Systemsollwerte benennt, das heißt die basalen und zentralen Bedürfnisse des Kindes und die existentiellen Bedrohungen und Befürchtungen (zentrale Ängste). Dadurch ist sie nicht nur eine Vorhersage mit Handlungsanweisung in einem ansonsten nicht bekannten System, sondern zugleich eine rudimentäre Beschreibung dieses Systems. Das psychische System des Menschen folgt dem Prinzip der Homöostase und versucht, die überlebensnotwendigen Sollwerte weitgehend konstant zu halten. Zahlreiche Studien machen deutlich, dass die Überlebensregel und die weiteren Konstrukte der PKP empirisch belegbar sind (Sulz & Müller, 2000; Sulz & Tins, 2000; Sulz & Maßun, 2008; Sulz, Beste et al., 2009; Sulz, Arco et al., 2011; Sulz, Bischoff et al., 2011; Sulz, Gahr et al., 2011; Sulz, Heiss et al., 2011; Sulz, 2014, 2017a–c).

Einführung in die Praxis: Grundlagen und Praxisleitfaden

Es ist zwar möglich, ohne sich diese Grundlagen (Sulz, 2012) anzueignen, gleich mit der störungsspezifischen Therapie der Depression (Sulz & Deckert, 2012a, b), der Angst (Sulz, Sichort-Hebing & Jänsch,

2015a, b), der Alkoholkrankheit (Sulz, Antoni et al., 2012a, b) oder des chronischen Schmerzes (Schober, 2018) zu beginnen. Aber die Therapie läuft eher rund, wenn die hier beschriebenen Basiskompetenzen und die Basisstrategie beherrscht werden. Wer also nach dem erstmaligen Verwenden zum Beispiel der störungsspezifischen Sprechstundenkarten PKP Depression merkt, dass die allgemeine Anwendung von Psychotherapie, speziell der Verhaltenstherapie unklar geblieben ist, kann mithilfe dieser Grundlagen mehr Sicherheit gewinnen. Oder sich die vollständige verhaltenstherapeutische Grundlegung aneignen (Sulz, 2017a–d).

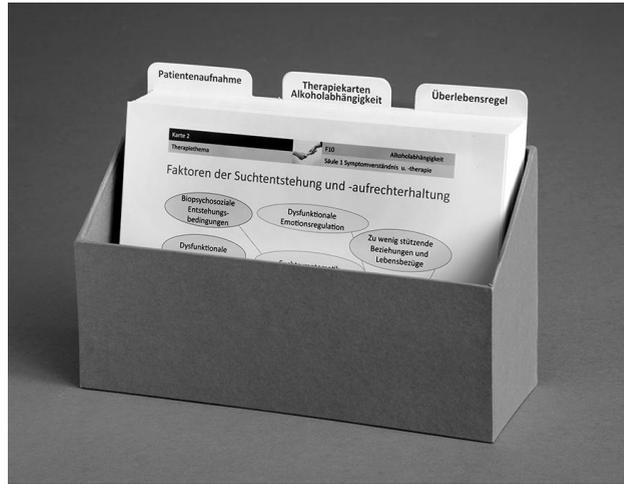


Abbildung 1: Sprechstundenkarten (Beispiel PKP Alkohol)

- 20-Minuten-Sprechstunde: eine Therapie-/Sprechstundenkarte
- 50-Minuten-Therapiestunde: zwei Therapie-/Sprechstundenkarten
- 100-Minuten-Gruppenstunde: zwei Therapie-/Sprechstundenkarten

Durchführung der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) mit Therapie-/Sprechstundenkarten

PKP verfolgt eine systematische Therapiestrategie mithilfe von aneinandergereihten Therapie-/Sprechstundenkarten (SSK) als Fortsetzungsserie von kurzen psychiatrischen und psychotherapeutischen Interventionen. Konzeptuelle Basis ist das 3-Säulen-Modell der Strategischen Kurzzeittherapie: Symptomtherapie (psychiatrisch), Fertigkeitentraining (verhaltenstherapeutisch), Persönlichkeitsentwicklung (psychodynamisch). Die Therapie-/Sprechstundenkarten beinhalten kurze (10–25-minütige) Interventionen, die den gängigen Abrechnungstaktungen genüge leisten (EBM, GOÄ, OPS). Internationale Klassifikationen, Leitlinien und anerkannte evidenzbasierte Methoden werden berücksichtigt. Die Anwendung ist sehr flexibel:

Die Therapie-/Sprechstundenkarten können von einer einzelnen Therapeutin oder durch ein Team bearbeitet werden (PKP-Logo: Stabübergabe). Sie bedienen einen Leitfaden für Patientenkontakte über mehrere Termine, ebenso Dokumentationsverpflichtungen, Supervision und Ausbildung durch Theorieausführungen auf den Rückseiten. Sie können beliebig mit eigenen Schwerpunkten durch Ergänzung selbst erstellter Karten erweitert werden. Die *Therapiekarten* ermöglichen die transparente Integration mehrerer TherapeutInnen des den Patienten behandelnden Teams durch Bearbeitung jeweils verschiedener *Therapiekartenserien* mit in sich geschlossenen Einheiten (Module oder Submodule, wie zum Beispiel Psychoedukation durch ärztliches Personal und Aktivitätsaufbau durch Pflegepersonal) ohne Verlust des Gesamtkonzepts.