

Serge K.D. Sulz, Beate Deckert und Ute Gräff-Rudolph

Strategische Depressionstherapie als Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) – Arbeit mit Sprechstundenkarten

Strategic depression therapy as psychiatric short-term psychotherapy (PSTP) – working with module cards

Zusammenfassung

Ein sehr großer Anteil depressiver Patienten wird in psychiatrischen Praxen und Kliniken behandelt. Die Zeit für therapeutische Gespräche ist äußerst knapp, so dass konsequentes Arbeiten an einem Therapieziel kaum möglich ist. Deshalb wurden klassische verhaltenstherapeutische Behandlungsstrategien auf Sprechstundenkarten festgehalten, die so durch das Therapiegeläch führen, dass in 20 bis 25 Minuten eine systematische Intervention erfolgt, die im nächsten Gespräch anhand der nächsten Karte fortgesetzt werden kann. Hintergrund ist das 3-Säulenprinzip der Strategischen Kurzzeittherapie: Symptomtherapie - Fertigkeitentraining - motivationale Arbeit. Patientenkarten enthalten Hinweise, was der Patient bis zum nächsten Gespräch erledigen kann. Diese Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) wird derzeit in Praxen und Kliniken erprobt. Zudem läuft eine Evaluationsstudie. Erste Berichte sind sehr positiv.

Schlüsselwörter

Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) – Depression – Verhaltenstherapie – Sprechstundenkarten

Summary

A very large proportion of depressive patients are treated in psychiatric practices and clinics. The time available for therapeutic conversations is extremely scarce, so that it is hardly possible to pursue a therapy goal with the required degree of thoroughness. This is why classic behavior-therapy treatment strategies were set down on module cards which lead the way through the therapy conversation in such a way that a systematic intervention can be made in 20 to 25 minutes, which can then be continued in the next discussion using the next card. This is based on the three-pillar principle of strategic short-term therapy: symptom therapy – skills training – motivational work. Patient cards contain instructions as to what the patient can do until the next meeting. This psychiatric short-term psychotherapy PSTP is currently on trial in practices and clinics. An evaluation study is also underway. The first reports are very positive.

Keywords

psychiatric short-term psychotherapy (PSTP) – depression – behavior therapy – module cards

■ A. Einführung

Die kognitive Verhaltenstherapie hat in den letzten zwanzig Jahren ihre Ansatzpunkte erheblich erweitert. Die behavioralen und kognitiven Störungsmodelle (Lewinsohn, 1974; Beck, 1976; Seligman, 1979) sind als Heuristik unzureichend geworden (Sulz, 1986a,b). Nach neueren Studien (z. B. Solomon, Haaga, Brody, Kirk & Friedman, 1998) haben Menschen, die noch nie unter einer Depression litten, ebenso viele dysfunktionale Gedanken wie Menschen, die bereits an einer Depression erkrankt waren. Der einzige Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen bestand darin, dass die gleichen Gedanken bei den früher depressiven Menschen eine Stimmungsverschlechterung auslösten. Also liegen keine kognitiven Fehlhaltungen vor, sondern eine emotionale Dysregulation. Nach der Entdeckung der Kognitionen als sehr günstigen

Ansatzpunkt zum Eingreifen in die depressive Reaktionskette wird nunmehr die direkte Modifikation von Emotionen und des Umgangs mit Gefühlen und mit Beziehungen zunehmend zum Inhalt der Therapie. Um den optimalsten Angriffspunkt der Therapie zu finden, wird eine Funktionsanalyse der Symptomentstehung und -aufrechterhaltung durchgeführt. Es wird von der Dominanz der kognitiven Betrachtungen Abstand genommen, und Emotionen, Bedürfnisse und Beziehungen werden gleichwertig in den Vordergrund gerückt. Das Verfahren der Exposition, das sich in der Angst- und Zwangstherapie als sehr erfolgreich herausgestellt hatte, wurde auch bei der Modifikation anderer Emotionen eingesetzt, z. B. Schamexposition bei sozialen Phobien, Wutexposition bei Borderline-Patientinnen (Linehan, 1996a, b). Auch bei einem depressiven Menschen verschwindet der depressive Affekt für kurze Dauer, wenn es

gelingt, eine ausreichend intensive konkurrierende Emotion zu evozieren. Nach Beobachtungen kann sowohl über Imaginationen als auch während Rollenspielen das Wahrnehmen von Ärger auf den Interaktionspartner einen antidepressiven Effekt haben (Burns, Johnson, Devine, Mahoney & Pawl, 1998). Segal, Williams und Teasdale (2002) haben depressive Rückfälle untersucht und gehen davon aus, dass eine vorübergehende niedergedrückte Stimmung automatisch depressionstypische Kognitionen aktiviert. Ein passives Grübeln (Rumination) führt nicht zu Problemlösungen, sondern zu mentalen Sackgassen (mental grooves), die alle psychischen Funktionen beeinträchtigen und sich aufschaukeln. Diese Aufschaukelungsprozesse werden gebahnt und durch immer kleinere Anlässe ausgelöst, bis schließlich Rückfälle spontan auftreten können.

Die Forschungsarbeiten von Hautzinger und de Jong-Meyer (1996) sowie Hautzinger, Stark und Treiber (1998) zeigen, dass Aufbau angenehmer Aktivitäten, Planung erfolgreicher Aktivitäten, Ersetzen depressiver Gedanken durch antidepressive Kognitionen und Üben von Interaktionsverhalten, das soziale Verstärkung bringt, Kern einer erfolgreichen Verhaltenstherapie der Depression sind.

Ergänzend sprechen de Jong-Meyer, Hautzinger und Müller (2000) von einem „final common pathway der Besserung“: Verhaltenstherapie, kognitive Therapie, interpersonelle Psychotherapie (IPT) (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984) und (immer wieder vernachlässigt) Paartherapie sind gleich wirksam. Bei schwereren Depressionen ist aktivierenden vor kognitiven Maßnahmen der Vorzug zu geben.

Die Differentialindikation dieser Therapieansätze darf sich nach Grawe (1998) nicht auf das zugrunde liegende Störungsmodell berufen:

Er kommt wegen der differentiellen Ergebnisse der großen NIMH-Depressionsstudie (Elkin, 1994) zu folgendem Schluss: Kognitive Therapie wirkt am besten bei kognitiv kompetenten Menschen. Interpersonelle Therapie wirkt am besten bei interpersonell kompetenten Menschen. D. h., keine Therapieform bewirkt Erfolge, die ihrem Therapiekonzept entsprechen. Kognitive Therapie geht davon aus, dass sie Patienten hilft, ihre depressionsbedingten kognitiven Verzerrungen zu beheben und ihr Denken wieder auf das Niveau nichtdepressiver Menschen zu bringen. Das konnte in der genannten Studie aber nicht belegt werden. Vielmehr half die kognitive Therapie Patienten, ihre kognitiven Ressourcen als antidepressive Strategie einzusetzen. Dies gelang bei kognitiv kompetenten Patienten am besten. Das heißt, dass kognitive Therapie am besten bei Menschen wirkt, die wenig kognitive Defizite haben. Analoges gilt für die interpersonelle Therapie. Also müsste die Indikationsstellung für die beiden Therapien auf den Kopf gestellt werden.

Deshalb empfehlen de Jong-Meyer et al. (2000) folgende Erweiterungen der kognitiven Verhaltenstherapie der Depression:

- Aufgreifen von vorhandenen Stärken (Ressourcen)
- aktiver Umgang mit Gefühlen (emotionale Kompetenz)
- aktiver Umgang mit Beziehung (interaktive Kompetenz)

Wells (2009/2011) geht davon aus, dass maladaptive Metakognitionen (Gedanken über Gedanken) in ihrer Funktion als Steuerungsinstrumente von kognitiven Prozessen zur Depression führen.

Metakognitionen kontrollieren Denkprozesse u. a. mit Hilfe von implizitem Wissen und Selbststeuerungs-Prozeduren und Hypothesen/Annahmen. Negative Metakognitionen können dazu führen, dass Grübeln als einzig erfolgversprechende Strategie eingesetzt wird, was die depressive Spirale einleiten kann. Dysfunktionale Metakognitionen lenken die Aufmerksamkeit auf bedrohliche Stimuli (Gotlib & Cane, 1987) und fördern das Grübeln (Papageorgiou & Wells, 2001).

McCullough (2007, 2010) konnte den Zusammenhang zwischen chronischer Depression und kognitiver Entwicklung zeigen. In der einfachen Feststellung, dass das Denken chronisch Depressiver in entscheidenden Aspekten auf der Stufe eines Kindergartenkindes steht, steckt zugleich eine einfache Therapiestrategie: das Denken auf die nächsthöheren Entwicklungsstufen bringen und dadurch bislang unlösbare Probleme lösbar machen. Wer (wieder) kausal und funktional denken kann, erkennt die Lösungsmöglichkeiten seiner zwischenmenschlichen Probleme, erkennt, in welchem Ausmaß sein bisheriges Verhalten zu den unbefriedigenden Ergebnissen führte, die ihn depressiv machten, und erkennt, wie groß seine Einflussmöglichkeiten sind, um mit anderen Menschen zu befriedigenden Interaktionen zu finden. Wer (wieder) abstrakt und logisch denken kann und zugleich Empathie für den anderen hat, kann auch auf Dauer seine Beziehungen befriedigend gestalten.

Ziel ist die Entwicklung des Denkens, von einem Denken, das der Umwelt alle Macht lässt, zu einem Denken, das die eigene Wirksamkeit erkennt und nutzt. Der Unterschied zu Becks Kognitiver Therapie (Beck, 1976; Wright & Beck, 1986) ist deshalb auch der, dass nicht Inhalte von Gedanken verändert werden, sondern dass das Niveau der Denkprozesse angehoben wird. Der zweite Schritt der Entwicklung ist aber nicht nur ein kognitiver, denn bei der Entwicklung von Empathie ist sowohl die emotionale als auch die Beziehungsentwicklung inbegriffen. Deshalb entfernt sich auch das therapeutische Vorgehen deutlich von der Beck'schen Gesprächsführung – es werden „kausaltheoretische Schlussfolgerungen“ aus der Biographie extrahiert. Diese entsprechen den „Überlebensregeln“ (Sulz, 1994).

■ B. Das strategische Depressionsmodell

Man kann die depressive Verstimmung bezüglich ihrer Folgen auf die Psyche des Menschen betrachten (Sulz, 1994, 1998b, 2001, 2003). Was verändert die Verstimmung im Handeln und Erleben des Menschen? Diese Konsequenzen können probatorisch als die Funktion der Depression betrachtet werden. Die Verstimmung dient dazu, diese Veränderungen herbeizuführen – sofern sie Vorteile beinhalten.

Was unterscheidet Gefühle und Stimmungen? Gefühle wie Freude, Wut, Trauer beziehen sich auf ein Ereignis, beziehen sich auf einen Menschen, sind Reaktion auf dessen Verhalten,

beginnen rasch, ändern sich schnell, können sehr intensiv werden, und sie haben eine kurze Dauer (Minuten).

Stimmungen wie Depressivität, Gereiztheit beziehen sich auf kein Ereignis, beziehen sich auf keinen Menschen, sind keine Reaktion auf dessen Verhalten, beginnen nicht rasch, ändern sich nicht schnell, werden nicht so intensiv, und sie haben nicht so kurze Dauer.

Sieht man diese Unterschiede nicht kausal, sondern teleologisch bzw. funktional, so kann die heuristische Aussage formuliert werden: Die Funktion einer Verstimmung besteht in der Vermeidung der nachteiligen Folgen von intensiveren Gefühlen. Stimmungen wie Depressivität, Gereiztheit vermeiden den Bezug auf ein Ereignis, vermeiden den Bezug auf einen Menschen, vermeiden die Reaktion auf dessen Verhalten, vermeiden eine rasche Antwort darauf, vermeiden emotionsgeladene Handlungen und vermeiden intensive Gefühle. Dafür dauern sie erheblich länger.

Dies führt zu einer kognitiv-behavioralen Depressionsheuristik: Depression ist ein Vermeidungsverhalten. Sie dient der Vermeidung von intensiven Affekten (Schmerz, Wut, Trauer) und von affektiven Handlungen. Sie wird aufrechterhalten durch negative Verstärkung (Verhindern eines aversiven Ereignisses).

■ C. Die Strategische Depressionstherapie

Und diese Heuristik führt zu folgenden kognitiv-behavioralen Interventionsstrategien (Gräff-Rudolph & Sulz, 2006): Wenn die Strategie der Depression darin besteht, Gefühle durch Depression zu ersetzen, so besteht die Therapiestrategie darin, Depression durch Gefühle zu ersetzen. Dies erfolgt nach dem Prinzip der Exposition.

In einem zweiten Schritt lernt der Patient, mit diesen Gefühlen umzugehen, in der Regel durch kognitive Selbststeuerung und durch kompetente Interaktions- und Beziehungsgestaltung. Damit hat die Therapie drei Schwerpunkte (Sulz, 1998b):

Emotionsexposition

Aufbau kognitiver Selbststeuerung der Gefühle

Aufbau kompetenter Interaktions- und Beziehungsgestaltung

Das Ziel der Depressionstherapie

statt Ohnmacht Gleichberechtigung

statt Ausgeliefertsein Kooperation

statt Verboten Selbstverantwortlichkeit

statt Bedürftigkeit Wollen

statt Komplementarität Begegnung

statt Polarisierung Beziehungsbalance

Therapiestrategie – Der Weg der Depressionstherapie

über ... *Annehmen + Befriedigung zu Verstärkung*

Lieben + Geliebt werden zu Selbstwert

Meistern + Bewirken zu Selbsteffizienz

Streiten + Wehren zu Selbstbestimmung

Verzichten + Loslassen zu Selbstständigkeit

Die Expositionstherapie folgt einer vierfachen Strategie:

a) *Freudeexposition*

b) *Angstexposition*

c) *Wutexposition*

d) *Trauerexposition*

Welche dieser vier Strategien in einem konkreten Fall vorrangig ist, hängt von der überwiegenden Funktion der Depression bei dem betreffenden Patienten ab. Zunächst stellt sich der Patient Situationen, in denen er diesen Gefühlen unweigerlich begegnen wird. Er lernt, sie künftig nicht mehr zu vermeiden, sondern für die Situationsmeisterung zu nutzen. Damit ist die Expositionstherapie auch die Möglichkeit, den Umgang mit Gefühlen im Sinne eines Auflörens oder eines Veränderns auf natürliche Weise handzuhaben.

Ausgehend von dem erfreulichen Zustand der Befriedigung, entsteht Angst, wenn ein wichtiger Verlust droht. Frustriert jemand die Befriedigung, so entsteht Wut. Ausgehend von Angst, etwas zu verlieren, kann das Gewahrwerden des endgültigen Verlustes zur Trauer führen. Geht man von der Wut aus, so kann der endgültig verlorene Kampf ebenfalls in Trauer münden. Mit den Gefühlen der Angst und Wut wehren wir uns gegen eine Realität in Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft. Das Anerkennen einer nicht zu ändernden Realität kann wiederum zur Trauer führen. Welcher Weg therapeutisch zu gehen ist, entscheidet die konkrete Situation des Patienten.

Aus dem Zustand von Angst kann ich mich durch wirksames Verhalten befreien, durch das eine Bedrohung beendet wird. Wut wird beendet durch erfolgreiche Selbstbehauptung. Sie kann aber auch beendet werden durch Verzicht und Versöhnung. Ist Trauer abgeschlossen, so kann eine neue Beziehung, ein neuer Lebensabschnitt beginnen. Eine so große Veränderung bewirkt naturgemäß vorübergehend Angst vor Neuem. Diese wiederum kann durch die Erfahrung von Selbsteffizienz gemindert werden etc.

Jede der vier Expositionsarten enthält mehrere in der Verhaltenstherapie bewährte Interventionsschritte:

Freudeexposition*

a) Genusstraining

b) Aufbau positiver Aktivitäten

c) Entspannungstraining

d) Verwöhnen lassen

e) Bewegung und Sport

*positive Verstärkung

(Bedürfnisbefriedigung, angenehmes Erleben, Erfolg)

Angstexposition*

a) Selbstbehauptungstraining

b) Kommunikationstraining

c) Selbständigkeitstraining

d) Lust-statt-Pflicht-Training

* Verbote und Gebote durch Selbstverantwortlichkeit ersetzen

Wutexposition

a) Wahrnehmen von Ärger und Wut

b) Zulassen von intensivem Ärger und intensiver Wut

- c) Diskriminieren von Gefühl und Handeln und von Phantasie und Realität
- d) Aussprechen von Ärger und Wut
- e) Prüfen der Adäquatheit von Ärger/Wut
- f) Konstruktiv verhandeln

Trauerexposition

- a) Erinnern an das Wertvolle, Geliebte, das ich verlor
- b) Spüren, wie sehr ich es brauche
- c) Vergegenwärtigen des Moments des Verlustes
- d) Wahrnehmen des Schmerzes, der Verzweiflung und der Trauer
- e) Das Gefühl da lassen, bis es von selbst verschwunden ist

D. Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) mit Sprechstundenkarten

Wir haben versucht, den Therapieprozess einer zielorientierten Psychotherapie von 50 auf 25 Minuten umzuformatieren. Daraus ist eine Serie von Sprechstundengesprächen entstanden, die es erlauben, am Ball zu bleiben und den roten Faden in der Hand zu behalten. Jeder Sprechstundenbesuch des Patienten ist ein Schritt voran auf dem Weg zur Zielerreichung. Beim nächsten Besuch wird genau an der Stelle weitergearbeitet, an der beim letzten Mal aufgehört wurde. Sowohl für den Patienten als auch für den Psychiater ändern sich dadurch die Beziehung und die Behandlung deutlich. Es entsteht viel klarer als zuvor ein Ziel, an dem beide arbeiten, nicht nur der Arzt. Die jeweils nächste Sprechstundenkarte oder Modulkarte liefert das Gesprächsthema. Selbst wenn noch anderes zu besprechen ist, werden konsequent mindestens 15 Minuten dafür reserviert, besser 20 Minuten. Der Patient befasst sich bis zum nächsten Gespräch mit dem Thema und berichtet, wie er damit umgegangen ist. Wenn das Thema der Modulkarte noch nicht abgeschlossen ist, wird daran weitergearbeitet, also nicht von Karte zu Karte geeilt. Der Patient arbeitet aktiv mit – gedanklich und handelnd, seinen durch die Erkrankung begrenzten Möglichkeiten entsprechend. Er ist gefordert, seinen Beitrag zu leisten. Da werden zwar Kompromisse gemacht, aber nicht lockergelassen. Er wird emotional, kognitiv und handelnd mobilisiert, und Widerstände werden in der therapeutischen Beziehung ausgetragen und für die Beziehungsarbeit genutzt. Betrachten wir den **Symptom-Modul** für die Depressionsbehandlung. Hier wird davon ausgegangen, dass die medikamentöse Behandlung bereits eingeleitet ist. Sie wird nicht thematisiert. Es kann auch sein, dass der Patient noch zu depressiv ist, um bestimmte Gesprächsthemen aufgreifen zu können. Das Vorgehen wird dem Patienten angepasst, nur das Mögliche getan, aber auch darauf geachtet, dass es nicht unterlassen wird. Der Start ist das gemeinsame psychoedukative Erarbeiten eines Grundwissens über die eigene depressive Erkrankung. Er soll depressive Gefühle, Gedanken, Wahrnehmungen, Erinnerungen, Handlungen und Körperprozesse einordnen können. Diese gemeinsame Betrachtung hat bereits große therapeutische Bedeutung. Sie sorgt dafür, dass der Patient nicht nur einfach depressiv ist, sondern dass er seine Depression betrachtet, reflektiert (im Sinne von Fonagy mentalisiert). Er geht auf eine Metaebene, es finden funktio-

nale Metakognitionen statt (Gedanken über Gedanken), und bereits diese kurzdauernde Distanzierung lässt das depressive Leiden vorübergehend weniger intensiv werden. Wen der depressive Affekt so festhält, dass er mit seinem Denken nicht herausfindet, muss über die Handlungsebene erreicht werden (Aktivitäten). Das Thema des Krankheits- und Symptomverständnisses wird dann später nachgeholt.

Es folgen die oben beschriebenen vier strategischen Therapie-Module – unter dem Motto Freude-, Angst-, Wut- und Trauerexposition.

Zentral ist auch die **Analyse der Reaktionskette zum Symptom (zugleich Funktionsanalyse)**, die zahlreiche Interventionsmöglichkeiten hinsichtlich Affektregulierung und Beziehungsverbesserung schafft.

Reaktion	Therapieziel
Primäre emotionale Reaktion (z. B. Ärger)	wahrnehmen und steuern lernen
Primärer Handlungsimpuls (z. B. Angriff)	Adäquatheit prüfen lernen
Antizipation negativer Folgen (z. B. Ablehnung)	realistische Erwartung bilden können
Sekundäres Gefühl (z. B. Schuldgefühl)	als falschen Alarm erkennen, ihm nicht folgen
Vermeidendes Verhalten (z. B. Verstummen)	meisterndes Verhalten aufbauen
Symptom (z. B. depressiver Rückzug)	mit dem Symptom umgehen lernen

Aus dieser Reaktionskette ergeben sich sechs Therapieziele, die mit differenzierten Interventionen verfolgt werden (jeweils auf Sprechstundenkarten beschrieben). Dies ist auf die meisten Symptome übertragbar, also nicht nur bei Depression anzuwenden.

Insbesondere der Umgang mit dem Symptom ist eine für die Sprechstunde sehr hilfreiche Therapiestrategie:

- Kognitiv-affektive Symptombewältigung
- **Achtsamkeit:** *Ich achte auf frühe Symptomsignale und lerne auf diese Weise zu erkennen, wie mein Symptom anfängt.*
 - **Akzeptanz:** *Ich akzeptiere mein Symptom, lasse es da sein, lasse es an mich heran. Ich nehme es an. Es ist verständlich, dass mein Symptom jetzt da ist.*
 - **Bereitschaft:** *Ich entscheide mich, auf meinem Weg zum Ziel zu bleiben. Ich will lernen, mich nicht mehr gegen mein Symptom zu sträuben, sondern mit ihm umzugehen. Ich will mein Symptom da sein lassen, ihm so viel Zeit und Raum einnehmen lassen, wie es einnehmen mag.*
 - **Exposition:** *In der Symptom-Situation spüre ich deutlich mein Symptom. Ich lasse es da sein, entspanne, atme ruhig und langsam. Ich weiß, dass ich jetzt nichts tun muss, um mein Symptom einzugrenzen oder zu hemmen. Je mehr ich es zulasse, umso freier kann es wieder gehen, wenn es Zeit ist zu gehen. Ich greife nicht ein, lasse los und entspanne.*

- **Bekräftigung:** *Nachher bestärke ich mich für meinen richtigen Umgang mit dem Symptom. Es war nicht leicht, aber ich bin dabeigebblieben. Für den Anfang war das ganz gut. Wichtig war nur, dass ich diesen neuen Umgang mit meinem Symptom probiere, nicht, wie erfolgreich ich das mache.*

Wenn wir davon ausgehen, dass das Symptom fluktuiert, mal da ist, mal nicht, mal intensiver da ist, mal nur leicht ausgeprägt, dann können wir uns vornehmen, den frühesten Zeitpunkt der Wahrnehmung des Auftretens des Symptoms herauszugreifen. Das ist der erfolgversprechendste Zeitpunkt, um direkt auf das Symptom Einfluss zu nehmen. Der Patient lernt, frühe Symptomsignale wahrzunehmen, indem er beobachtet, welche Vorzeichen es gibt, welche ersten Signale wo wahrnehmbar sind, wann und wie sich das nächste dazugesellt – **Achtsamkeit** (Kabat-Zinn, 2001; Michalak & Heidenreich, 2004) .

Da der Patient inzwischen weiß, welche Funktion des Schutzes und der versuchten Problemlösung sein Symptom hat, kann er sich darauf besinnen und respektieren, welche gute Absicht das Symptom verfolgt, dass seine Psyche gegenwärtig noch kein anderes Mittel gefunden hat bzw. einsetzen kann oder darf als das Symptom. Das hilft ihm, den zweiten Schritt der Symptombewältigung gelingen zu lassen: **Akzeptieren**, dass das Symptom da ist. Diese Akzeptanz herzustellen ist eine sehr schwierige Aufgabe (Hayes, Strosahl & Wilson, 2005).

Auf das affektive Akzeptieren folgt die **willentliche Entscheidung – die Bereitschaft** (Commitment, siehe Hayes et al., 2005), diesen Weg des Umgangs mit dem Symptom beizubehalten. Durch den Einsatz des Willens wird eine Aktivität aus der Symptombewältigung.

Auf das affektive Akzeptieren und die willentliche Entscheidung folgt die **Exposition**. Der Patient begibt sich in eine Haltung des zulassenden Begegnens, der bewussten Wahrnehmung, der gewollten Bejahung mit der Zuversicht, dass das Symptom nicht mehr die Lawine ist, die ihn mitreißt, sondern dass es sich um einen Vorgang handelt, auf den er Einfluss nehmen kann.

Der letzte Schritt dieses neuen Umgangs mit dem Symptom ist die positive Beurteilung der Begegnung mit dem Symptom – als **Bekräftigung**. Viele Patienten neigen dazu, nach einer gelungenen Bewältigungsübung diese zu entwerten, wieder das alte Gefühl des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit herzustellen.

Die **Arbeit mit der Überlebensregel (Schemaanalyse)** nehmen viele Patienten dankbar auf, weil sie sich entlastet fühlen angesichts der biographischen Herkunft dieser Regel (frustrierendes Elternverhalten → kindliches Selbst- und Weltbild → dysfunktionale Überlebensregel). Sie verstehen, weshalb sie immer wieder auf eine Weise handeln, die sie selbst nicht wollen und nicht akzeptieren können. Sie verstehen auch, wie die Überlebensregel zur Symptombildung beigetragen hat. Um diese Regel zu identifizieren, kann man die zentralen Beziehungsbedürfnisse, die zentralen Beziehungsängste, die maladaptiven Persönlichkeitszüge oder Interaktionsmuster gemeinsam benennen und aus diesen Komponenten den ganzen Satz formulieren:

Nur wenn ich immer ...	(z. B. mich schüchtern zurückhalte)
und wenn ich niemals ...	(z. B. vorlaut und frech bin)
bewahre ich mir ...	(z. B. die Zuneigung der mir wichtigen Menschen)
und verhindere ...	(z. B. deren Unmut und Ablehnung)

Der Patient verwirft diese Überlebensregel und ersetzt sie durch eine Lebensregel, die Erlaubnis gibt und Zuversicht herstellt. Er berichtet in den folgenden Gesprächen über seine praktischen Versuche und neuen Erfahrungen.

Bereits 1994 hat Sulz die Arbeit mit Entwicklungsstufen nach Piaget vorgeschlagen, die inzwischen durch die Forschung von McCullough evidenzbasiert ist. Beide Autoren halten die Entwicklung von der typisch depressiven prä-logischen (impulsiven) auf die konkret-logische (souveräne) Stufe für notwendig, damit der Patient die Folgen seines Handelns in seine Problemlösung einbeziehen kann und zu Selbstwirksamkeitserfahrung gelangt. Der PKP-Entwicklungsmodul besteht aus einem Sprechstundenkarten-Set, das diesen Entwicklungsschritt vorbereitet (Tab. 1). Dabei werden dem Patienten Fragen gestellt, deren Antwort er nur finden kann, wenn er in seinem Denken auf die konkret-logische Stufe hinaufgeht. Es wird ihm keine Gelegenheit gegeben, längere Zeit auf die prä-logische Stufe hinabzusteigen, auf der er sich wieder unfähig und ausgeliefert fühlen würde.

Rückfallprophylaxe ist Bestandteil der Therapie.

Kriterien sind:

- Die Symptomauslösung geschieht nach einer pathogenen Lebensgestaltung
- nach einer pathogenen Beziehungsgestaltung
- in einer problematischen Lebenssituation

Tabelle 1: Entwicklungsförderung durch verhaltensanalytische Reflexion

<p>S-R-K Analyse</p> <p>S: Situation war</p> <p>R: Meine Reaktion war</p> <p>K: Die Konsequenzen waren</p> <p>Mit diesem Ergebnis bin ich unzufrieden.</p> <p>Ich hätte stattdessen gebraucht:</p>
<p>S-Analyse (bei dysfunktionaler kognitive Situationseinschätzung)</p> <p>1. Ich bin mit dem sich wiederholenden Ergebnis von bestimmten Situationen unzufrieden. Eine typische Situation ist</p> <p>2. Welche Bedeutung hat die Situation und die Person für mich?.....</p> <p>3. Was brauche ich von der anderen Person in dieser Situation?.....</p> <p>4. Was macht der andere da mit mir? Wie geht er/sie mit mir um? Welche Bedeutung hat sein Verhalten für mich?</p>

5. Ist meine Einschätzung der Situation richtig?
-
6. Wenn nicht,
weshalb nicht?.....
7. Welche Einschätzung ist richtig?
-

R-Analyse (wenn R dysfunktional ist trotz richtiger Situationseinschätzung)

Situation:

-
1. Was ist die richtige Einschätzung der Situation?
2.
2. Welches Gefühl wird dadurch zuerst ausgelöst?
.....
3. Zu welchem primären Handlungsimpuls führt das Gefühl?
4. Welche Folgen dieser Handlung fürchte ich?.....
-
5. Zu welchem sekundären Gefühl führt die Vergegenwärtigung dieser Folgen?
-
6. Führt dieses sekundäre Gefühl zur Unterdrückung des Impulses? JA / NEIN
7. Wie handle ich aus dem zweiten Gefühl heraus?
-
8. Ist meine Furcht realistisch? Ja oder NEIN
9. Wenn NEIN, was ist realistischerweise als Folge zu erwarten?

K-Analyse (zur kogn. kausalen Verknüpfung von Verhalten und Konsequenz)

Situation:

-
1. Wie handelte ich bisher?
.....
2. Welche Folgen hatte mein Verhalten?
in der Situation?.....
nach der Situation?
- für mich?
- für die andere Person?
- für die Beziehung zwischen uns?
3. Sind die Konsequenzen meines Verhaltens das, was ich gebraucht hatte? JA oder NEIN
4. Wenn NEIN, was hätte ich gebraucht?
-
5. Gibt es ein Verhalten, durch das ich erhalten hätte, was ich brauche?
-

Nachher: Metakognitive Reflexion

Es handelte sich um folgende Situation:

.....

Ich hatte mich für folgendes neue Verhalten entschieden:

.....

Ich erreichte dadurch mein Ziel:

1. Wie trug meine richtige Einschätzung dazu bei, dass ich mein Ziel erreichte?
2. Wie trug mein neues Verhalten dazu bei, dass ich mein Ziel erreichte?
3. Was lerne ich aus dieser Erfahrung?
4. Wie kann das in andere Situationen übertragen?
-

Rückfallprophylaxe berücksichtigt alle drei situativen Aspekte: Sie achtet auf den Aufbau
einer funktionalen Lebensgestaltung
einer funktionalen Beziehungsgestaltung
der Fähigkeit zur Bewältigung problematischer Lebenssituationen.

E. Zusammenfassung

Heute ist die Reattribution dysfunktionaler Kognitionsinhalte nur noch ein Aspekt unter vielen in der Depressionsbehandlung. Wir haben inzwischen ein sehr großes Repertoire an Interventionen, die sich gegenseitig ergänzen (Sulz & Gräff-Rudolph, 2011): Achtsamkeit – Akzeptanzstrategien – Commitmentstrategien – Exposition – Schemaanalyse und -modifikation – Funktionsanalyse – Arbeit mit Metakognitionen – Entwicklungsstrategien.

Zugleich benötigen wir effiziente Kurzzeittherapieansätze (Sulz, 1998a,c), die rasch und komplikationslos in der Sprechstunde und auf der psychiatrischen Station einsetzbar sind. Der strategische Depressionstherapieansatz verbindet beide Intentionen. Er setzt diese Vielfalt von Interventionsarten ein, und er ermöglicht mit den Sprechstundenkarten deren einfache und effektive Handhabung.

Insgesamt hoffen wir, mit diesem Konzept eine Hilfestellung für die psychiatrische Praxis und die offene psychiatrische Station im Krankenhaus bieten zu können. Nach der erfolgreichen klinischen Erprobung sind Evaluationsstudien im ambulanten und stationären Setting im Gange.

Literatur

Beck, A.T. (1976). Cognitive Therapy an the Emotional Disorders. New York: International Universities Press.

Burns, J.W., Johnson, B.J., Devine, J., Mahoney, N. & Pawl, R. (1998). Anger management style and the prediction of treatment outcome among male and female chronic pain patients. Behaviour Research and Therapy, 36, 1051-1062.

de Jong-Meyer, R., Hautzinger, M. & Müller, E. (2000). Zur differentiellen Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombinationen bei endogenen und nicht endogenen depressiven Patienten. Psychotherapie, 5(1), 100-113.

- Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Gotlib, I.H. & Cane, D.B. (1987). Construct Accessibility and Clinical Depression - a Longitudinal Investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 199-204.
- Gräff-Rudolph, U. & Sulz, S. (2006). Strategic Therapy of Depression: Learning to use emotional energy for more fulfilling relationships. *European Psychotherapy*, 6, 213-244.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. & de Jong-Meyer, R. (1996). Wirksamkeit psychologischer Therapie bei Depressionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 25, Nr. 2 (ganzes Themenheft).
- Hautzinger, M., Stark, W. & Treiber, R. (1998). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. München: Psychologie Verlags Union.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2005). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie. Ein erlebnisorientierter Ansatz zur Verhaltensänderung*. München: CIP-Medien.
- Kabat-Zinn, J. (2001). *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung*. Bern, München: O. W. Barth Verlag.
- Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B. & Chevron, E. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A Behavioral Approach to Depression. In R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression* (pp. 194-209). New York: Wiley.
- Linehan, M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (1996b). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- McCullough, J.P. (2007). *Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. München: CIP-Medien.
- McCullough, J.P. (2010). CBASP, the Third Wave and the treatment of chronic depression. *European Psychotherapy*, 9, 169-191.
- Michalak, J. & Heidenreich, T. (2004). Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: Ein Handbuch* (S. 193-245). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32, 13-26.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Solomon, A., Haaga, D.A.F., Brody, C., Kirk, L. & Friedman, D.G. (1998). Priming irrational beliefs in recovered depressed people. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 440-449.
- Sulz, S. (1986a). Ein multimodaler Ansatz in der klinischen Praxis: Stationäre Verhaltenstherapie der Depression. In S. Sulz (Hrsg.), *Verständnis und Therapie der Depression* (S. 203-218). München: Ernst Reinhardt.
- Sulz, S. (1986b). Selbstkontrolltherapie der Depression. In S. Sulz (Hrsg.), *Verständnis und Therapie der Depression* (S. 149-164). München: Ernst Reinhardt.
- Sulz, S. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (1998a). *Strategische Kurzzeittherapie. Ein Weg zur Entwicklung des Selbst und der Beziehungen*. In S. Sulz (Hrsg.), *Kurz-Psychotherapien* (S. 163-172). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (1998b). *Therapeutische Strategien bei Depression*. In S. Sulz (Hrsg.), *Das Therapiebuch* (2. Aufl., S. 503-532). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (1998c). *Praxis der Strategischen Kurzzeittherapie: Wirksame Schritte zur Symptomreduktion, zur Persönlichkeitsentwicklung und zur funktionalen Beziehungsentwicklung*. In S. Sulz (Hrsg.), *Kurz-Psychotherapien* (S. 173-194). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2003). *Depression Ratgeber & Manual für Betroffene, Angehörige und für alle beruflichen Helfer*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. & Gräff-Rudolph, U. (2011). *Neue Ansätze der kognitiv-behavioralen Depressionsbehandlung. Ärztliche Psychotherapie*, 3, 168-173.
- Wells, A. (2011). *Metakognitive Therapie bei Angststörungen und Depression*. Beltz, Weinheim. (Original veröffentlicht 2009: *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford)
- Wright, S. & Beck, A.T. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. In S. Sulz (Hrsg.), *Verständnis und Therapie der Depression* (S. 124-148). München: Ernst Reinhardt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. Dr. med. Serge Sulz
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Nymphenburger Str. 185 | 80634 München | sergesulz@aol.com