

Kircher



Pocket Guide Psychotherapie

 Springer

Pocket Guide Psychotherapie

Tilo Kircher (Hrsg.)

Unter Mitarbeit von Stephanie Mehl

Pocket Guide Psychotherapie

Mit 34 Abbildungen

Herausgeber
Prof. Dr. Tilo Kircher
Universitätsklinikum Marburg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Rudolf-Bultmann-Str. 8, 35039 Marburg

ISBN-13 978-3-642-30008-0 ISBN 978-3-642-30009-7 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-642-30009-7

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

Springer Medizin
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin
Projektmanagement: Renate Schulz
Lektorat: Angela Wirsig-Wolf, Wolfenbüttel
Projektkoordination: Barbara Karg
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © Blazej Lyjak, shutterstock.com
Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH – Reinhold Schöberl, Würzburg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Zur Behandlung der meisten psychischen Störungen liegen manualisierte, störungsspezifische Therapien vor, die in Wirksamkeitsstudien ihre Effektivität bewiesen haben. Der »Pocket Guide Psychotherapie« umreißt manualisierte psychotherapeutische Vorgehensweisen in sehr kompakter, praxisrelevanter Form. Um unnötige Überschneidungen mit der bekannten Literatur zu vermeiden und zugunsten einer klaren Praxisorientierung wurde auf umfassende Theorievermittlung verzichtet. Das »Kompodium« berücksichtigt insbesondere die Belange der stationären psychotherapeutischen Behandlung und integriert die Pharmakotherapie. Es dient insbesondere dem eingearbeiteten, bereits mit störungsspezifischer Therapie vertrauten Therapeuten zur schnellen Orientierung vor jeder Therapiestunde.

Tilo Kircher

Marburg, im Frühjahr 2012

Inhaltsverzeichnis

1	Arbeiten mit dem »Pocket Guide Psychotherapie«	1
	<i>Tilo Kircher</i>	
	Literatur	3
2	Grundlagen	5
	<i>Tilo Kircher</i>	
2.1	Psychotherapeutische Verfahren	6
2.1.1	Formen der Psychotherapie	6
2.2	Äußere Bedingungen für Psychotherapie	7
2.3	Aus- und Weiterbildung	7
2.4	Gesprächsführung	7
2.4.1	Therapeutische Haltung	8
2.4.2	Grundprinzipien verhaltenstherapeutischer Gesprächsführung	9
2.5	Umgang mit Widerstand	11
2.6	Risiken und Nebenwirkungen	12
	Literatur	13
3	Therapeutische Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung	15
	<i>Thomas Schneyer, Karin Silvia Nittel, Tilo Kircher</i>	
3.1	Grundlagen der Gesprächsführung und Beziehungs- gestaltung zwischen Therapeut und Patient	16
3.2	Besonderheiten des Erstkontakts	20
3.2.1	Der erste Eindruck	21
	Literatur	22
4	Fallkonzeptualisierung	23
	<i>Fritz Mattejat, Kurt Quaschner</i>	
4.1	Definitionen und heuristische Arbeitsmodelle	24
4.1.1	Grundlage für die Makroanalyse: Das allgemeine biopsychosoziale Modell	25
4.1.2	Grundlage für die Mikroanalyse: Das klassische funktionale Bedingungsmodell	25

4.2	Warum ist eine individuelle Fallkonzeptualisierung wichtig?	28
4.3	Wie wird eine Fallkonzeption praktisch erstellt?	30
4.3.1	Kurzzusammenfassung der Diagnostikergebnisse	30
4.3.2	Problemanalyse auf der Makroebene	30
4.3.3	Problemanalyse auf der Mikroebene	33
4.3.4	Therapieplanung	36
	Literatur	39
5	Trauerreaktion, Krisenintervention, Suizidalität	41
	<i>Stephanie Mehl, Stefanie Losekam</i>	
5.1	Praktische Therapiedurchführung	43
5.1.1	Modul 1.1: Krisenintervention (wiederholt 10 min)	43
5.1.2	Modul 1.2: Unterstützende Interventionen bei komplizierter Trauer	45
5.1.3	Modul 1.3: Umgang mit Suizidalität	51
	Literatur	60
6	Medikamentenadhärenz	61
	<i>Irina Falkenberg</i>	
6.1	Entstehung von Nonadhärenz	63
6.2	Psychotherapierelevante Dokumentation	63
6.2.1	Diagnostik von Nonadhärenz	64
6.2.2	Diagnostik der Gründe für Nonadhärenz	64
6.3	Praktische Therapiedurchführung	65
6.3.1	Modul 3.1: Allgemeine Strategien zur Adhärenzförderung . . .	65
6.3.2	Modul 3.2: Psychoedukation zur Medikamenteneinnahme . . .	68
6.3.3	Modul 3.3: Arbeit mit Kognitionen	73
6.3.4	Modul 3.4: Adhärenz aufrechterhalten (25 min)	79
	Literatur	81
7	Depression	83
	<i>Stefanie Losekam, Carsten Konrad</i>	
7.1	Praktische Therapiedurchführung	85
7.1.1	Modul 1.1: Psychoedukation	85
7.1.2	Modul 1.2: Aktivitätenaufbau und Tagesstrukturierung	89
7.1.3	Modul 1.3: Denkfallen	91
7.1.4	Modul 1.4: Denkfallen für »Fortgeschrittene«	95
7.1.5	Modul 1.5: Positivtagebuch (25 min)	99

7.1.6	Modul 1.6: »Bester-Freund-Technik« (25 min)	99
7.1.7	Modul 1.7: Selbstwertaufbau	100
7.1.8	Modul 1.8: Problemlösen	102
7.1.9	Modul 1.9: Gefühle erkennen (50 min)	104
7.1.10	Modul 1.10: Rückfallprävention (50 min)	105
	Literatur	106
8	Manie, bipolare Störung	107
	<i>Mirjam Stratmann, Carsten Konrad</i>	
8.1	Praktische Therapiedurchführung	109
8.1.1	Modul 1.1: Psychoedukation	110
8.1.2	Modul 1.2: Aktivitätsregulation und Tagesstrukturierung	118
8.1.3	Modul 1.3: Denkfallen	120
8.1.4	Modul 1.4: Allgemeine Problemlösestrategien (2-mal 25 min)	124
8.1.5	Modul 1.5: Interpersonelle Probleme (mehrmals 25 min)	125
8.1.6	Modul 1.6: Rückfallprävention	126
	Literatur	129
9	Schizophrenie	131
	<i>Stephanie Mehl, Dirk T. Leube</i>	
9.1	Besonderheiten in der Interaktion/Beziehung	132
9.1.1	Beziehungsaufbau: Allgemeine Prinzipien	132
9.1.2	Besonderheiten im Rahmen der Positivsymptomatik der Schizophrenie	132
9.1.3	Besonderheiten im Rahmen der Negativsymptomatik bei Schizophrenie	133
9.1.4	Besonderheiten bei Patienten mit formalen Denkstörungen	134
9.2	Praktische Therapiedurchführung	134
9.2.1	Modul 2.1: Vermittlung eines entlastenden Störungsmodells und Entpathologisierung der Störung	135
9.2.2	Modul 2.2: Kognitive Umstrukturierung des Wahns	141
9.2.3	Modul 2.3: Bearbeitung von Stimmenhören	145
9.2.4	Module zur Behandlung von Negativsymptomatik	147
9.2.5	Modul 2.4: Rückfallprävention	149
	Literatur	151

10	Angststörungen (Panikstörung, Agoraphobie, Soziale Phobie)	153
	<i>Hans Onno Röttgers, Sabine Wittbrock</i>	
10.1	Mögliche Schwierigkeiten in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient	154
10.2	Störungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Angsterkrankungen	155
10.3	Psychotherapierelevante Dokumentation und Diagnostik	155
10.3.1	Verhaltensbeobachtung	156
10.3.2	Angsttagebuch	156
10.3.3	Angsthierarchie	157
10.4	Praktische Therapiedurchführung	157
10.4.1	Modul 4.1: Psychoedukation	158
10.4.2	Modul 4.2: Aufgaben-Konzentrations-Training bei Sozialer Phobie (2-mal 25 min)	167
10.4.3	Modul 4.3: Reizkonfrontationstherapie	168
10.4.4	Modul 4.4: Verhaltensexperimente bei Panikstörung	170
10.4.5	Modul 4.5: Kognitive Therapie	172
10.4.6	Modul 4.6: Funktionalität der Angst (2-mal 25 min)	176
10.4.7	Modul 4.7: Rückfallprophylaxe (25 min)	177
	Literatur	178
11	Zwangsstörungen	179
	<i>Hans Onno Röttgers, Peter Düsel</i>	
11.1	Praktische Therapiedurchführung	180
11.1.1	Modul 1.1: Psychoedukation	181
11.1.2	Modul 1.2: ERP (Exposition mit Reaktionsverhinderung)	186
11.1.3	Modul 1.3: Kognitive Techniken und Gedankenexposition	194
11.1.4	Modul 1.4: Rückfallprävention	197
	Literatur	198
12	Qualifizierter Alkoholentzug	199
	<i>Gabriel Lacourt, Ulrich Schu</i>	
12.1	Besonderheiten in der Interaktion/Beziehung	200
12.1.1	Die Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung	200
12.1.2	Die grundlegenden Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung	201
12.1.3	Behandlungsphase 1	202

12.1.4	Behandlungsphase 2	203
12.2	Praktische Therapiedurchführung	204
12.2.1	Modul 2.1: Kurzintervention (3–10 min)	205
12.2.2	Modul 2.2: Psychoedukation	206
12.2.3	Modul 2.3: Aufbau der Veränderungsmotivation	212
12.2.4	Modul 2.4: Verstärkung der Selbstverpflichtung zur Veränderung	216
12.2.5	Modul 2.5: Rückfallprävention	219
	Literatur	221
13	Somatoforme Störungen	223
	<i>Karin Ademmer</i>	
13.1	Besonderheiten in der Interaktion/Beziehung	224
13.2	Psychotherapeutisch relevantes Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung	225
13.3	Evidenzbasierte Grundlagen zur Auswahl der Therapiemodule	226
13.4	Psychotherapierelevante Dokumentation	227
13.4.1	Das Symptom- bzw. Schmerztagebuch	227
13.4.2	Das ABC-Schema	228
13.5	Praktische Therapiedurchführung	229
13.5.1	Modul 5.1: Therapeutische Beziehung und Umgang mit Patienten mit somatoformen Störungen (50 min)	229
13.5.2	Modul 5.2: Psychoedukation	231
13.5.3	Modul 5.3: Umgang mit körperlichen Symptomen	233
13.5.4	Modul 5.4: Umgang mit dysfunktionalen Verhalten und Gedanken	236
13.5.5	Modul 5.5: Umgang mit dysfunktionalen Gedanken	237
	Literatur	239
14	Borderline-Störung	241
	<i>Michael T. Frauenheim</i>	
14.1	Praktische Therapiedurchführung	243
14.1.1	Modul 1.1: Psychoedukation	244
14.1.2	Modul 1.2: Therapeutische Basisstrategien	248
14.1.3	Modul 1.3: Veränderungsstrategien – »Wochenprotokoll« und »Verhaltensanalyse«	252
14.1.4	Modul 1.4: Veränderungsstrategie »Problemlösen« (50 min)	254

14.1.5	Modul 1.5: Veränderungsstrategie »Aufbau von Alternativfertigkeiten (Skills)«	254
	Literatur	261
15	Kognitive Beeinträchtigung im Alter	263
	<i>Stephanie Mehl, Maria Seipelt, Christoph Tennie, Karin Ademmer</i>	
15.1	Praktische Therapiedurchführung	265
15.1.1	Modul 1.1: Information über kognitive Defizite und dementielle Erkrankungen vermitteln	265
15.1.2	Modul 1.2: Aktivitätenaufbau und Tagesstrukturierung	270
15.1.3	Modul 1.3: Nutzung biografischer Ressourcen (2-mal 50 min)	274
15.1.4	Modul 1.4: Umgang mit kognitiven Defiziten	276
15.1.5	Modul 1.5: Kognitive Umstrukturierung belastender Gedanken	278
15.1.6	Modul 1.6: Abschied (50 min)	281
	Literatur	282
16	Anorexia nervosa und Bulimia nervosa	283
	<i>Kurt Quaschner</i>	
16.1	Besonderheiten in der Interaktion/Beziehung	284
16.2	Störungsmodell	284
16.3	Psychotherapierelevante Dokumentation und Diagnostik	285
16.4	Praktische Therapiedurchführung	286
16.4.1	Modul 4.1: Vorgespräch(e) – Klärung der Behandlungsbedingungen	286
16.4.2	Modul 4.2: Kontaktgestaltung und Gesprächsführung	288
16.4.3	Modul 4.3: Gewichtsnormalisierung und Normalisierung des Essverhaltens	289
16.4.4	Modul 4.4: Psychoedukation	293
16.4.5	Modul 4.5: Die Behandlung weiterer spezifischer Essstörungssymptome	294
16.4.6	Modul 4.6: Mittel-/Langfristige Behandlungsstrategien – Veränderung von Selbstbild, Selbstkontrollfähigkeit, sozialer Kompetenz)	295
16.4.7	Optionales Modul 4.7: Die Behandlung von komorbiden Störungen (die Dauer ist abhängig vom Ausprägungsgrad der komorbiden Störung)	299
16.4.8	Optionales Modul 4.8: Einbeziehung von Familie und Umfeld	300

16.4.9	Modul 4.9: Rückfallprophylaxe	300
	Literatur	301
17	Schlafstörungen	303
	<i>Ina Kluge</i>	
17.1	Praktische Therapiedurchführung	305
17.1.1	Modul 1.1: Psychoedukation	306
17.1.2	Modul 1.2: Stimuluskontrolle	308
17.1.3	Modul 1.3: Schlafrestriktive Maßnahmen	311
17.1.4	Modul 1.4: Kognitive Techniken: Identifizierung, Prüfung und Neubewertung dysfunktionaler Gedanken (50 min)	314
17.1.5	Modul 1.5: Entspannungsverfahren	316
	Literatur	317
	Stichwortverzeichnis	319

Autorenverzeichnis

Herausgeber:

Prof. Dr. Tilo Kircher

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Autoren:

Ademmer, Karin, Dr.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Düsel, Peter, Dipl.-Psych.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Falkenberg, Irina, Dr.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Michael T. Frauenheim

Epilepsie-Zentrum Bethel
Krankenhaus Mara gGmbH
Maraweg 21
33617 Bielefeld

Kluge, Ina

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Konrad, Carsten, PD Dr.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Lacourt, Gabriel

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Leube, Dirk Trond, PD Dr.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Losekam, Stefanie, Dipl.-Psych.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Mattejat, Fritz, Prof. Dr.

Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin
c/o Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Hans-Sachs-Straße 4-8
35039 Marburg

Mehl, Stephanie, Dr. Dipl.-Psych.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Nittel, Karin Silvia, Dipl.-Psych.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Quaschner, Kurt, Dr. Dipl.-Psych.

Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin
c/o Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Hans-Sachs-Straße 4-8
35039 Marburg

Röttgers, Hans Onno, Dr. Dipl.-Psych.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Schneyer, Thomas, Dipl.-Psych.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Schu, Ulrich, Dr.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Seipelt, Maria, Dr.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Stratmann, Mirjam, Dr.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Tennie, Christoph, Dr.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Wittbrock, Sabine, Dipl.-Psych.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Philipps-Universität Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg

Arbeiten mit dem »Pocket Guide Psychotherapie«

Tilo Kircher

Literatur – 3

- 1 — Der Pocket Guide Psychotherapie ist für Ärzte und Psychologen konzipiert, die bereits Erfahrung mit störungsspezifischer Psychotherapie haben.
- Es dient z. B. als Checkliste, um sich vor der Therapiesitzung relevante Inhalte vor Augen zu führen oder um sich einen ersten groben Überblick über die störungsspezifische, manualisierte Psychotherapie zu verschaffen.
- Dieses »Kitteltaschenbuch« dient nicht zum Erlernen von manualisierter Psychotherapie; hier sei auf ausführlichere Darstellungen (z. B. Kircher »Kompendium der Psychotherapie«, 2012, und andere) sowie Kurse verwiesen.

Voraussetzungen für die Anwendungen von Psychotherapie

- Die diagnostische Abklärung ist erfolgt (u. a. Anamnese, körperliche Untersuchung, technische Untersuchungen etc.).
 - Die Indikation für Psychotherapie ist von einem hierfür ausgebildeten Arzt oder Supervisor gestellt worden.
 - Der Therapeut hat psychiatrisches Basiswissen und Basiskenntnisse in Psychotherapie.
 - Der Therapeut beherrscht die Grundlagen der psychiatrischen Pharmakotherapie.
- Auf die theoretischen Grundlagen wurde in diesem Klinikmanual bewusst verzichtet, diese müssen in der geeigneten Literatur nachgelesen werden.
 - Die hier beschriebenen Module können hintereinander oder auch selektiv, je nach Indikation bei einzelnen Patienten, sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden.
 - Die Länge der Module schwankt zwischen 25 min und 50 min und ist damit an die OPS in der Psychiatrie und Psychotherapie angepasst.
 - Der Therapeut sollte zu Beginn seiner Ausbildung Patienten ohne psychiatrische oder somatische Komorbidität therapieren.
 - Setzen Sie sich und Ihrem Patienten realistische Ziele. Manchmal ist eine komplette Remission nicht möglich, dann ist es wichtig, sich mit dem Patienten zusammen Teilziele zu stecken.

- Jeder Patient sollte sich eine Arbeitsmappe anlegen, worin Aufzeichnungen abgeheftet werden.
- Die psychotherapeutischen Sitzungen sollten inhaltlich von Besprechungen der Pharmakotherapie und sozialer Maßnahmen getrennt werden.

Literatur

Kircher, Tilo (Hrsg) (2012) Kompendium der Psychotherapie. Springer, Heidelberg

Kircher, Tilo (2012) Arbeiten mit dem »Kompendium der Psychotherapie«. In: Kircher T (Hrsg) Kompendium der Psychotherapie. Springer, Heidelberg, S 1–4

Margraf J, Schneider S (2008, 2011) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1, 2, 4. Springer, Heidelberg

Wittchen H-U, Hoyer J (2011) Klinische Psychologie und Psychotherapie. Springer, Heidelberg

Grundlagen

Tilo Kircher

- 2.1 Psychotherapeutische Verfahren – 6**
 - 2.1.1 Formen der Psychotherapie – 6
- 2.2 Äußere Bedingungen für Psychotherapie – 7**
- 2.3 Aus- und Weiterbildung – 7**
- 2.4 Gesprächsführung – 7**
 - 2.4.1 Therapeutische Haltung – 8
 - 2.4.2 Grundprinzipien verhaltenstherapeutischer Gesprächsführung – 9
- 2.5 Umgang mit Widerstand – 11**
- 2.6 Risiken und Nebenwirkungen – 12**
- Literatur – 13**

2.1 Psychotherapeutische Verfahren

Psychotherapie

Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess auf Basis einer tragfähigen, emotionalen Bindung zur Beeinflussung von Leiden und Störungen, die in einem Konsens zwischen Patient und Therapeut für behandlungsbedürftig gehalten werden. Sie erfolgt durch verbale und averbale Kommunikation in Richtung auf ein definiertes, gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung, Leidensverminderung) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des gesunden und pathologischen Verhaltens, Erlebens und Befindens.

2.1.1 Formen der Psychotherapie

Unterstützende Psychotherapie Patient spricht Gefühle und Probleme offen aus, Therapeut begegnet ihm mit Einfühlung, Verständnis und beruhigendem Zuspruch. Dies ist die Form, die bei diagnostischen und therapeutischen Gesprächen, bei Kriseninterventionen, bei Visite auf Station und bei klärenden Interventionen als Basistherapie breiteste Anwendung findet.

Psychodynamische Psychotherapie Aktuelle Symptome hängen mit Verarbeitung vergangener Erfahrungen, vor allem in Kindheit und Jugend zusammen. Unbewusste Gefühle und Motive, die schmerzhaft oder schambesetzt sind, werden durch Widerstand von der Bewusstwerdung abgehalten, der Therapeut hilft bei der Bewusstwerdung.

Verhaltenstherapie Dem Patienten werden problematische Verhaltensweisen, Denkstile und Ereignisse verdeutlicht, was wiederum Verhalten, Denken, Fühlen und Körpersymptome beeinflusst. Durch Üben werden Veränderungen bewirkt.

Humanistische Therapieverfahren Eher für psychisch gesunde Menschen zum persönlichen Wachstum und Selbstverwirklichung.

In der Praxis werden Elemente der verschiedenen genannten Formen kombiniert.

2.2 Äußere Bedingungen für Psychotherapie

- Dauer der Therapie insgesamt sowie Dauer der einzelnen Stunden soll mit dem Patienten vor Beginn der Therapie besprochen werden.
- Die Therapie sollte in einem ruhigen, angenehm gestalteten, aufgeräumten Zimmer stattfinden. Patient und Therapeut sitzen auf gleichartigen, bequemen Stühlen etwa im 45°-Winkel zueinander.
- Störungen minimieren: Telefon umleiten, Schild mit Aufschrift »Bitte nicht stören – Therapiesitzung« außen an der Zimmertür befestigen.
- Durch den festen äußeren Rahmen auf der Basis einer tragfähigen, vertrauensvollen Beziehung entwickelt sich die spezifische Interaktion in der Psychotherapie, die sich von jener mit anderen fremden Personen, Freunden oder Familienangehörigen unterscheidet.

2.3 Aus- und Weiterbildung

- Psychotherapie kann ebenso wie andere Fähigkeiten (Sportart, Instrument, Fremdsprache) erlernt werden durch jahrelanges Training und kontinuierliche Weiterbildung.
- Elemente der Weiterbildung sind: Beobachten anderer Therapeuten, direktes Feedback durch Supervision/Intervision während der Therapie, Supervision, Selbstreflexion, Anwenden von störungsspezifischen Manualen, selbstständige Weiterbildung (Lesen von Literatur, Seminarteilnahme), Selbsterfahrung, Anwenden von Entspannungsverfahren.

2.4 Gesprächsführung

Bei der Befund- und Anamneseerhebung geht der Therapeut explorativ, mit klaren Fragen zu aktuellen und anamnestischen Beschwerden und zur Lebensgeschichte vor. Während therapeutischer Interventionen ist die Gesprächsführung variabler.

2.4.1 Therapeutische Haltung

- Eine gute Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist wichtigste Voraussetzung für effektive Therapie. Beim Aufbau einer solchen helfen verschiedene Verhaltensweisen, die jeder Therapeut durch Selbstreflexion während der Gesprächsführung optimieren kann:

Nonverbale Verhaltensmuster des Therapeuten zur Unterstützung der therapeutischen Beziehung

- Etwa 1 m Abstand zwischen Therapeut und Patient
- Vorwärtsgelehnte Haltung des Therapeuten, offene Armhaltung, moderate Armbewegungen
- Offene Beine, wenig Beinbewegungen
- Hohes Maß an posturaler Kongruenz mit dem Patienten
- Flexibler Blickkontakt und Gesten während des Sprechens
- Lächeln und Kopfnicken

- **Aktives Zuhören:** Es werden dem Sprecher – insbesondere emotionale – Anteile der gehörten Botschaft durch den Therapeuten sowohl verbal als auch nonverbal wiedergespiegelt («aktives Zuhören»). Diese Signale wirken nur, wenn sie authentisch, natürlich vorgebracht werden.
 - Beispiele für aktives Zuhören:
 - Ermutigung («Ja«, «Gut«, «Aha«)
 - Mitgehen («Mhm«, «Aha«)
 - Pausen auffangen (z. B. durch Wiederholen der letzten Worte des Patienten)
 - Bitte um Konkretisierung («Können Sie mir das noch genauer sagen?«)
 - Beispiele («Können Sie mir hier ein Beispiel sagen?«)
- **Empathie:** Hierbei versucht der Therapeut zu ergründen, was der Patient jenseits der verbal-sprachlichen Mitteilung meint und ihn beschäftigt. Er versetzt sich in die persönlichen Denk- und Wertsysteme des Patienten hinein. Der Patient wird durch den Therapeuten so angenommen, wie er ist, »dort abgeholt, wo er steht«.

- Beispiele für Empathie:
 - Präzises Nachfragen mit offenen Fragen (»Wie war das genau für Sie?«)
 - Kurze Zusammenfassung des letzten Gesprächsabschnitts
 - Finden einer gemeinsamen Sprache (Der Therapeut darf nicht in Formeln oder Fachjargon sprechen, sondern die Sprachebene und ggf. Formulierungen des Patienten benutzen. Dies darf aber nicht künstlich wirken, wie z. B. Versuch der Nachahmung von Dialekten)
- **Authentizität (Echtheit):** Der Therapeut ist offen und echt, nicht fassadenhaft.
 - Unterstützende Techniken:
 - Offene Fragen (»Was ist es, was Sie bedrückt?«)
 - Gefühle aufnehmen (»Das hat Sie traurig gemacht.«)
 - Pausen zulassen, damit der Patient Zeit findet, sich zu sammeln
 - Schwierige Themen von sich aus ansprechen

Häufige Fehler bei der Gesprächsführung

- Geschlossene Fragen stellen, den Patienten nicht einbeziehen (Dozentenstil)
- Voreilige Ratschläge geben
- Voreilige Diagnosen mitteilen
- Fachsimpeln und Fachausdrücke verwenden
- Unverständliche Erklärungen in zu langen Sätzen abgeben
- Bagatellisieren (»So schlimm ist das auch wieder nicht ...«)
- Distanzverlust
- Plaudern

2.4.2 Grundprinzipien verhaltenstherapeutischer Gesprächsführung

Selektive Transparenz Die Behandlungsschritte werden durch den Therapeuten offengelegt, diagnostische und therapeutische Verhaltensweisen erklärt, ebenso Übungen und Hausaufgaben. Allerdings werden nicht alle

Fragen unreflektiert beantwortet (z. B. alle Nebenwirkungen von Pharmaka genannt).

2

Struktur Jede Therapiestunde sowie der gesamte Therapieablauf sollen für den Patienten eine vorhersehbare Struktur haben, um potenzielle Verunsicherungen zu reduzieren und eine positive Behandlungserwartung zu fördern.

Typische Sitzungsstruktur

1. Kurzes Erfragen aktueller Probleme. Bsp.: »Wie geht es Ihnen heute?«, »Gibt es ganz dringende Dinge zu besprechen?«
2. Anknüpfen an die letzte Sitzung. Bsp.: »Sind noch Fragen zu den Themen der letzten Sitzung?« »Beschäftigt Sie noch etwas, was wir beim letzten Mal besprochen haben?«
3. Wenn kontinuierliche Protokolle (Stimmungsverlauf, Panikattacken, Halluzinationen etc.) erhoben werden, kurzes Besprechen derselben: »Gemeinsam möchte ich nun gerne mit Ihnen das Stimmungstagebuch seit der letzten Sitzung besprechen, um zu schauen, ob und wie sich Stimmung, Antrieb und Schlaf verändert haben.«
4. Besprechung der Hausaufgaben
5. Themen/Problembereiche für die heutige Sitzung festlegen. Bsp.: »Folgende Themen würde ich gerne heute mit Ihnen besprechen.«, »Was wollen wir heute besprechen?«
6. Durchführung der Interventionsbausteine (dies nimmt deutlich die meiste Zeit der Sitzung in Anspruch)
7. Neue Hausaufgaben absprechen
8. Zusammenfassung der Sitzung und Rückmeldung des Patienten einholen. Bsp.: »Nun würde ich Sie gerne bitten, das heute Besprochene mit eigenen Worten zu wiederholen.«, »Was haben Sie heute für sich dazu gelernt?«, »Haben Sie noch Fragen?«, »Was war schwierig?«, »Was hat geholfen?«

Konkretisieren Übergeneralisierende und katastrophisierende Bewertungen durch den Patienten werden genau exploriert; durch Herauslösung einzelner Punkte können diese therapeutisch angegangen werden. Beispiel:

Patient: »Alles ist schlecht«; Therapeut: »Was ist heute anders als gestern?« oder »Was ist heute besonders schlecht?«.

Lob, soziale Verstärkung Glaubhaftes, authentisches Loben soll in Abhängigkeit von der Anstrengung des Patienten für eine Aufgabe verbal und nonverbal (Lächeln, Gesten, Nicken) erfolgen.

Zusammenfassen und Rückmelden Leicht kommt es zu Missverständnissen auch bei scheinbarer Übereinstimmung zwischen Therapeut und Patient. Kleine Zusammenfassungen sowohl durch den Therapeuten als auch durch den Patienten, was der jeweils andere gesagt hat, sind deshalb zentrale Bausteine jeder Sitzung.

Stringenz Der Patient muss sich darauf verlassen können, dass das besprochene Vorgehen durch den Therapeuten eingehalten wird, z. B. darf der Therapeut nicht vergessen, welche Hausaufgabe gegeben wurde, weil sonst deren Wert durch den Patienten als fragwürdig eingeordnet wird.

2.5 Umgang mit Widerstand

Widerstand sind Verhaltensweisen und Einstellungen des Patienten, die sich bewusst oder unbewusst gegen das Fortschreiten der Therapie richten. Widerstand ist nur dann gegeben, wenn die Therapie bei guter Beziehung *lege artis* durchgeführt wurde.

Erscheinungsformen des Widerstands

- Vermeiden, Ausweichen, weitläufiges Umschreiben wichtiger Themen
 - Langes Schweigen
 - Auseinanderklaffen von Inhalt und Affekt
 - Gebrauch von Klischees, um emotionale Beteiligung zu vermeiden
 - Vergessen
 - Gehen
 - Gähnen
- ▼

- Äußerungen zwischen Tür und Angel am Sitzungsende (»Türpostenbemerkungen«)
- Zuspätkommen
- Versäumen von Sitzungen
- Nichterledigen von Hausaufgaben

- Wenn »Symptome« des Widerstands auftreten, muss der Therapeut zunächst innehalten und überlegen, ob er sein Vorgehen dem Patienten angepasst hat (Nichtbeachtung von Komorbiditäten, zu schnelles Vorgehen, unzureichende Beziehung etc.).
- Widerstände können zu Machtkämpfen zwischen Therapeut und Patienten und zu aversiven Gefühlen auf beiden Seiten führen.
- Die Gründe für den Widerstand müssen durch Einfühlung genau exploriert und bearbeitet werden, z. B. durch Ermutigen, Fragen zu stellen und Zweifel zu äußern, Rollenspiel (Patient spielt sich selbst und Therapeut einen guten Freund, der den Patienten über die Therapie ausfragt).

2.6 Risiken und Nebenwirkungen

Jede wirkungsvolle Therapie hat auch Nebenwirkungen, z. B.

- Partnerprobleme: Durch Änderung von Lebensgewohnheiten des Patienten kann es z. B. zu ungünstig wahrgenommenen Veränderungen durch die Bezugspersonen kommen
- Psychotische Dekompensation
- Unrealistische Therapieziele: Erfolgreiche Therapie bedeutet nicht ein endlos, allumfassend glückliches Leben
- Vorübergehende Begleiterscheinungen: passagere Zustände einer angemessenen Therapie, z. B. erhöhte Tagesmüdigkeit bei Insomniebehandlung durch Schlafrestriktion
- Sexuelle Übergriffe: Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Patient sind verboten und werden strafrechtlich geahndet. Sexualisierung beim Patienten wie auch beim Therapeuten müssen reflektiert und zwingend in der Supervision besprochen werden. Von sexuellen Handlungen abzugrenzen ist eine positive Anziehung zwischen

Therapeut und Patient, die in vielen Schattierungen häufig auftritt. Sie sind auf Seiten des Therapeuten, wenn klar reflektiert in der Supervision angesprochen, nicht problematisch

- Manipulation des Patienten zum Nutzen des Therapeuten, z. B. finanzielle Vorteile, Geschenke oder Förderung der Karriere des Therapeuten
- Abhängigkeit, Bevormundung, lebenslange Therapie oder die Abhängigkeit vom Therapeuten (Woody-Allen-Syndrom) ist absolut abzulehnen

Literatur

Kircher, Tilo (Hrsg) (2012) Kompendium der Psychotherapie. Springer, Heidelberg

Kircher, Tilo (2012) Grundlagen. In: Kircher T (Hrsg) Kompendium der Psychotherapie. Springer, Heidelberg, S 5–16

Margraf J, Schneider S (2008, 2011) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1, 2, 4. Springer, Heidelberg

Wittchen H-U, Hoyer J (2011) Klinische Psychologie und Psychotherapie. Springer, Heidelberg

Therapeutische Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung

Thomas Schneyer, Karin Silvia Nittel, Tilo Kircher

- 3.1 Grundlagen der Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient – 16
- 3.2 Besonderheiten des Erstkontakts – 20
 - 3.2.1 Der erste Eindruck – 21
- Literatur – 22

3.1 Grundlagen der Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient

3

In der Psychiatrie hat die Beziehung zwischen Therapeut und Patient eine besonders bedeutsame Funktion für den Erfolg der Therapie. Der Therapeut muss sich, bevor er dem Patienten das erste Mal gegenübertritt, vergegenwärtigen, dass es sich bei den Betroffenen meist um Personen handelt,

- die sich unverstanden, abgelehnt, unter Druck gesetzt fühlen,
- deren Kontakt zur Umwelt gestört ist,
- die in ihren emotionalen Bindungen beeinträchtigt sind,
- die selbst hilflos ihren Schwierigkeiten und Problemen gegenüber sind,
- die es große Überwindung gekostet hat, Kontakt mit der Psychiatrie aufzunehmen,
- die sich von anderen geschickt fühlen,
- deren Gefühle und Wahrnehmungen beeinträchtigt sind und
- die sich mit ihrem eigentlichen Anliegen nicht äußern können.

Das Auftreten des Therapeuten, seine Beziehungsgestaltung und Interaktion mit dem Patienten, soll diesem über die gesamte Zeit der Therapie hinweg signalisieren, dass er

- Verständnis für den Patienten aufbringt,
- sich für den Patienten Zeit nimmt, um dessen Probleme zu verstehen,
- bereit ist, Unterstützung und Hilfe zu leisten,
- die hierzu notwendige Kompetenz besitzt,
- eine hohe Wahrscheinlichkeit für einen Therapieerfolg sieht,
- um die verborgenen, nicht auszusprechenden Anliegen/Probleme weiß,
- aber hierzu eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut für unabdingbar hält.

Die Gesprächsführung stellt eine grundlegende Bedingung für die Art und Güte der Beziehungsgestaltung dar, die wiederum ein entscheidender Wirkfaktor des späteren Therapieerfolgs ist. Die von Rogers postulierten Grundeinstellungen des Therapeuten sollten bei jeder Interaktion zwischen Therapeut und Patient leitend sein: