

Christian Algermissen & Nina Rösser

Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) der Depression als kombinierte Gruppen- und Einzeltherapie in Psychiatrischen Kliniken – Konsistente Therapieeffekte



Psychotherapie
26. Jahrgang, Nr. 2, 2021

Mehr therapeutische Hilfe für mehr psychisch Kranke – Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP)
Herausgegeben von Serge K. D. Saly und Rüdiger Deckert

Psychotherapie
26. Jahrgang, Nr. 2, 2021, Seite 73–90
Psychosozial-Verlag
DOI: 10.30820/2364-1517-2021-2-73

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

Walltorstr. 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

Wiesse, 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 | Gruppen-

therapie: 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 Ent-

wicklungspsychologie: Dr. phil. Gisela Röper,

München | Klinische Persönlichkeitspsycholo-

gie: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Fydrich, Berlin |

Sexuologie: Dr. phil. Andreas Rose, Nürnberg;

PD. Dr. med. Thomas Moesler, Erlangen | Psy-

chotherapieforschung: 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

Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) der Depression als kombinierte Gruppen- und Einzeltherapie in Psychiatrischen Kliniken – Konsistente Therapieeffekte

Christian Algermissen & Nina Rösser

Psychotherapie 2021, 26(2), 73–90

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2021-2-73>

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

Zusammenfassung: Die durchschnittliche Behandlungsdauer von stationären psychiatrischen Patienten mit affektiven Störungen bzw. der Diagnose einer (unipolaren) Depression in der Mehrzahl der Fälle wird zwischen 35 und 42 Tagen (Statistisches Bundesamt, 2017; Wiegand et al., 2020) angegeben. Diese Rahmenbedingungen machen es erforderlich, den Therapieprozess unmittelbar zielorientiert und effizient zu gestalten.

Die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) ist eine Kurzform der Strategisch-Behavioralen Therapie (Sulz et al., 2011). Etablierte kognitive Behandlungstechniken und wesentliche Aspekte anderer Psychotherapiemethoden sind in diese Therapieform integriert (Sulz & Hauke, 2009). 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 der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) können als kombiniertes gruppen- und einzeltherapeutisches Behandlungskonzept in allgemeinspsychiatrisch und psychotherapeutisch orientierten Stationen einer Versorgungsklinik implementiert werden (Algermissen & Rösser, 2019). Die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Evaluation (n = 1196) dieses innovativen Therapiekonzeptes in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Braunschweig erlauben eine positive Bilanz. Das Therapiekonzept ist effektiv, ressourcenschonend und erfährt eine hohe Akzeptanz bei den Patienten. In Kooperation mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder niedergelassenen Psychotherapeuten sind sektorübergreifende Behandlungspfade planbar. Eine katamnestische Untersuchung nach mehr als drei Monaten in der Mehrzahl der untersuchten Fälle (n = 136) liefert Hinweise darauf, dass die Therapieergebnisse der stationären Depressionsbehandlung konsistent sind.

Schlüsselwörter: Depression, Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP), Verhaltenstherapie, Strategisch-behaviorale Therapie, Gruppentherapie, Versorgungskliniken, Kurzinterventionen

Einführung

In der stationären psychiatrischen Versorgung mit knappen zeitlichen und personellen Ressourcen bzw. außerhalb spezieller

stationärer Therapiesettings finden überwiegend wenig strukturierte psychotherapeutische Interventionen statt. Die Patientenkontakte und auch therapeutischen Gespräche sind meist bedarfsorientiert

ausgerichtet, unmittelbar bestimmt durch die vom Patienten geäußerten Beschwerden (Sulz & Deckert, 2012).

Ein signifikanter Anteil der stationären Patienten erhält keine störungsspezifische Therapie. Etwa 40 % der behandelten Patienten beurteilen hingegen »einzeltherapeutische Gespräche als das wichtigste Element, das weit vor allen anderen Therapieangeboten lag« (Härter et al., 2004, S. 1088).

Dieses Dilemma aus einerseits verfügbaren und wirksamen Psychotherapieansätzen und andererseits unzureichenden Rahmenbedingungen für die Umsetzung spezieller Psychotherapiekonzepte in der stationären psychiatrischen Versorgung versucht die Therapietechnik der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) zu berücksichtigen und, soweit möglich, aufzulösen. Das hier beispielhaft dargestellte PKP-Behandlungskonzept für Depressionen basiert auf einer modular aufgebauten Gruppen- und personalisierten Einzeltherapie, die in der stationären Therapiesituation berufsgruppenübergreifend organisiert werden kann.

Die folgende Darstellung entspricht in durchgesehener und gekürzter Form einer umfassenden Abhandlung im ersten Heft des 24. Jahrgangs der Zeitschrift *Psychotherapie* (Algermissen & Rösser, 2019), allerdings um Ergebnisse einer katamnästischen Befragung erweitert.

Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP)

Die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) besitzt als *Kurzform* der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT) (Sulz & Hauke, 2009; Sulz et al., 2011) einen umfassenden therapietheoretischen Hintergrund. PKP stellt eine zeitgemäße Optimierung der Kognitiv-Behavioralen Therapie für

verschiedene Störungsbilder (zurzeit Depression, Angst- und Zwangsstörung, Alkoholabhängigkeit, Chronischer Schmerz, Persönlichkeitsstörungen) dar.

Grundlegend für die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) und damit auch bestimmend für das therapeutische Vorgehen in der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) ist die Annahme, dass die menschliche Psyche stets einen stabilen Zustand (Homöostase) anstrebt und dass beobachtbares Verhalten, Denken, inneres Erleben und Wahrnehmungen einer Person bei Störungen aus der Umwelt dazu dienen, diesen stabilen Zustand durch Vorgänge der Selbstregulation und Selbstorganisation wiederherzustellen. Sind als Folge der individuellen Entwicklungsgeschichte relevante Defizite im verfügbaren Verhaltensrepertoire entstanden oder bestehen inadäquate Verhaltensstereotypen und starre Verhaltensmuster im Erwachsenenalter weiter fort, folgen daraus mittel- bis langfristig erhebliche Nachteile für die erfolgreiche Steuerung und das Erreichen eines stabilen psychischen Zustandes (Homöostase). »Dominiert der dysfunktionale Anteil dieser Verhaltensstereotypen, so kommt es zu pathogener Lebens- und Beziehungsgestaltung«, die das homöostatische System der Psyche überfordert und »in einer spezifischen Auslösesituation zur Symptombildung führt« (Sulz & Hauke, 2009, S. 39).

Dysfunktionale Verhaltensstereotypen, die mehr mit der Person als mit der Situation korrelieren, können einerseits mit falschen kognitiven »Grundannahmen« (Beck et al., 1986) über das Funktionieren des Selbst und der Welt verbunden sein. In gleicher Relevanz werden Verhaltensstereotypen jedoch auf emotionaler Ebene von einem biografisch ableitbaren Muster von zwischenmenschlichen Bedürfnissen und Ängsten einer Person bestimmt. Aus diesen Bestandteilen eines Verhaltensmusters

kann prinzipiell für jeden Menschen eine individuelle Verhaltensregel als sogenannte »Überlebensregel« formuliert werden, die etwa in Konfliktsituationen bedeutsamer Beziehungen als verhaltensbestimmendes »Schema« auch im Erwachsenenalter erkennbar bleibt. Die »Überlebensregel« diente in einer entwicklungspsychologisch vulnerablen Kindheitsphase dazu, im Sinne einer Anpassungsleistung des Kindes (z. B. emotionales »Überleben« durch Fleiß und Gehorsam) einen psychisch stabilen Zustand (Homöostase) herzustellen. Dieses in der Kindheit erworbene, rigide emotional-kognitive Schema mit dem Ziel emotionalen »Überlebens« führt aber dann zu nachteiligem Verhalten im Erwachsenenalter, wenn in einer spezifischen Lebenssituation mit veränderten realen Erfordernissen des Erwachsenenalters (z. B. erwachsene Selbstbehauptung statt kindliche Anpassung durch Fleiß und Gehorsam) die schwer veränderbare, meist unbewusste »Überlebensregel« dysfunktional wird und zum Beispiel zur Manifestation depressiver oder ängstlicher Symptome beiträgt. Die Formulierung einer personalisierten »Überlebensregel« ist daher wesentlicher Bestandteil jeder Form der Strategisch-Behavioralen Therapie (s. o.) wie auch der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie. Die therapeutische Arbeit mit der Überlebensregel als emotiv-kognitives Schema mit oftmals zentraler Bedeutung für Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen ist dabei Ausgangspunkt für Interventionen zur motivationalen Klärung dysfunktionaler, das heißt depressionsauslösender Verhaltensmuster bzw. für eine korrigierende Weiterentwicklung der Persönlichkeit.

Die gleichwertige Berücksichtigung von Kognitionen und Emotionen als therapeutische Ansatzpunkte, die Anwendung des Achtsamkeits- und Akzeptanzprinzips und des Schemabegriffs machen die

Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) und deren Kurzform, die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP), eindeutig zu einem Behandlungsansatz der sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie. Alleinstellungsmerkmal von SBT/PKP ist ein (heuristisches) psychologisches Erklärungsmodell für psychische Störungen, das die angenommene multifaktorielle Ätiologie einer psychischen Störung ergänzt um eine therapeutische Perspektive auf die Funktionalität eines Symptoms im Rahmen der homöostatischen Selbststeuerung der Psyche. Darüber wird eine ausgeprägt personalisierte Therapiestrategie möglich (s. u.).

Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) von depressiven Störungen

Auch wenn sich Depressionen nicht ausschließlich psychologisch erklären lassen, setzt eine störungsorientierte Psychotherapie eine Hypothese zur Depressionsentstehung voraus, um spezifische therapeutische Interventionen zu begründen. Kognitionen stellen in vielen Fällen einen sehr günstigen Ansatzpunkt zur Veränderung der depressiven Reaktionskette dar. In anderen Fällen ist es jedoch die direkte Modifikation von Emotionen oder ein verändertes Verhalten im Umgang mit zentralen Bedürfnissen und Beziehungsthemen, die zum Inhalt der strategischen Depressionsbehandlung werden (Gräff-Rudolph & Sulz, 2009; Deckert, 2014).

In der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie wird das strategisch-behaviorale Erklärungsmodell mit Fokus auf die Funktionalität der depressiven Verstimmung (nicht der Depression) in Ergänzung zu den wichtigsten Störungsmodellen für Depressionen genutzt (vgl. Lewinsohn, 1974; Seligman, 1979; Beck, 1986). »Man

Funktion depressiver Verstimmung: Reduktion nicht regulierbarer Emotionen

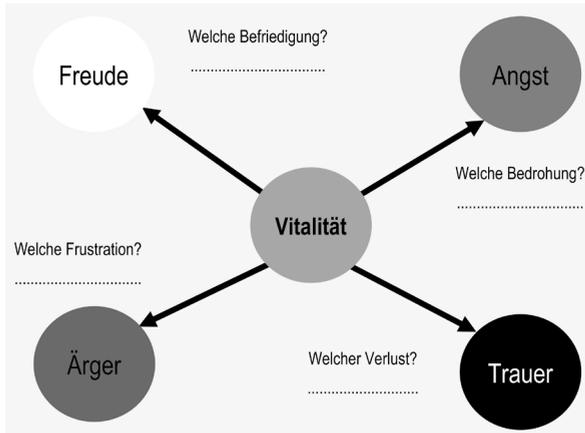


Abbildung 1: Gesunde Vitalität mit Grundemotionen

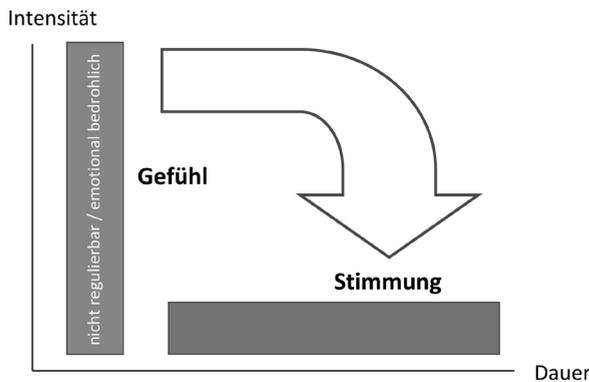


Abbildung 2: Gefühl und Stimmung (Funktionales Störungsmodell)

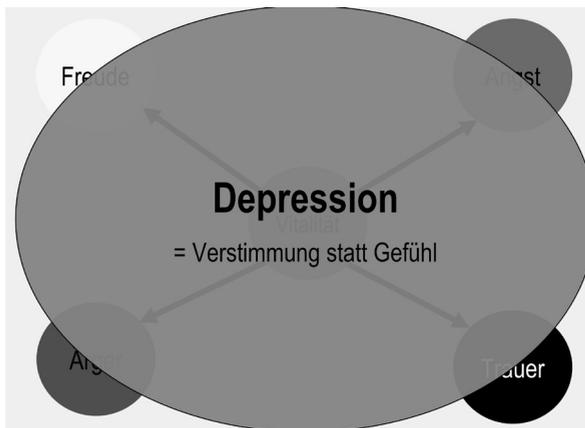


Abbildung 3: Depression (Verstimmung statt Gefühl)

kann die depressive Verstimmung bezüglich ihrer Folgen auf die Psyche des Menschen betrachten. [...] Die Konsequenzen können probatorisch als Funktion der Depression betrachtet werden« (Gräff-Rudolph & Sulz, 2009, S. 172). Im Unterschied zu Emotionen wie Freude, Wut, Trauer oder Angst, die sich auf ein Ereignis, auf einen Menschen oder als Reaktion auf dessen Verhalten beziehen und rasch beginnen, sich schnell ändern, kurz dauern, aber insbesondere intensiv und auch bedrohlich werden können, haben Stimmungen wie Depressivität keinen unmittelbaren Bezug auf ein Ereignis, einen Menschen oder dessen Verhalten. Stimmungen entstehen und ändern sich nicht schnell, dauern aber meist länger und werden vor allem nicht so intensiv oder bedrohlich. Bewertet man diese Unterschiede als funktional, so kann die heuristische Aussage formuliert werden: Die Funktion einer depressiven Verstimmung besteht in der Vermeidung nachteiliger oder bedrohlicher Folgen intensiver Emotionen bzw. schmerzhafter Affekte, zum Beispiel von Wut und Trauer und damit verbundener affektiver Handlungen. Die depressive Verstimmung wird auf-

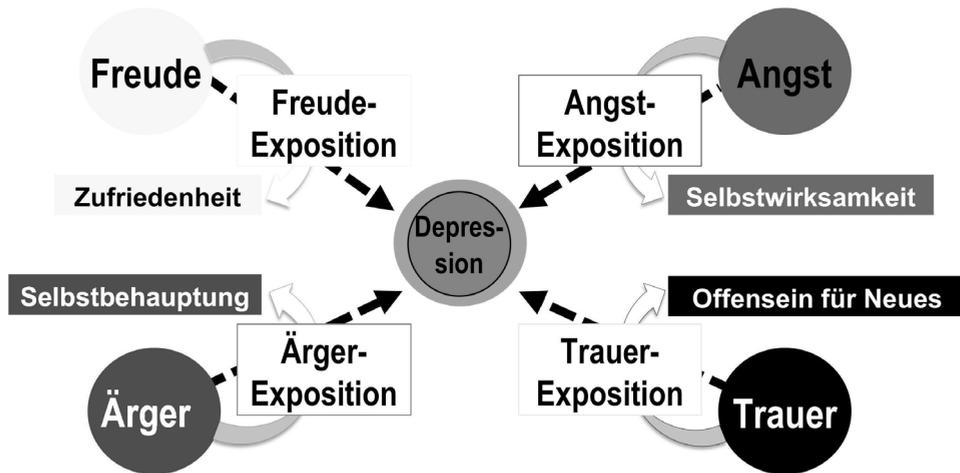


Abbildung 4: Depressionstherapie = Gefühl statt Verstimmung

rechterhalten durch negative Verstärkung, das Verhindern eines aversiven Ereignisses (Gräff-Rudolph & Sulz, 2009; Sulz, 1998).

Aus diesem funktionalen Erklärungsmodell der depressiven Verstimmung lassen sich strategisch-behaviorale Interventionsstrategien ableiten. »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« (Gräff-Rudolph & Sulz, 2009, S. 172).

Innerhalb der strategisch-behavioralen Depressionsbehandlung nimmt die Emotionsexposition eine zentrale Stellung ein. In der ersten Behandlungsphase steht die Exposition mit positivem Erleben (»Freudeexposition«) durch zum Beispiel Aktivitätenaufbau oder Genussstraining im Vordergrund, später im Therapieverlauf die Angst-, Ärger- und Trauerexposition. »In einem zweiten Schritt lernt der Patient, mit diesen Gefühlen umzugehen, in der Regel durch kognitive Selbststeuerung und durch kompetente Interaktions- und Beziehungsgestaltung« (Gräff-Rudolph & Sulz, 2009, S. 172). Strategisch-behaviorale

Depressionsbehandlung bzw. ebenso deren Kurzform PKP hat also drei Schwerpunkte:

- Emotionsexposition
- Aufbau kognitiver Selbststeuerung der Gefühle
- Aufbau kompetenter Interaktions- und Beziehungsgestaltung

Ausgehend von diesem strategisch-behavioralen Therapieansatz wurde zunächst eine modulare Kurzzeittherapie auf der Basis von psychotherapeutischen Kurzinterventionen entwickelt und an den Leitlinienempfehlungen orientiert. Für die Einzeltherapie steht eine Sammlung von 60 störungsspezifischen PKP-Therapiearten (im Karteikasten/PC) zur Verfügung. Jede Karteikarte leitet zur Durchführung einer Kurzintervention im »Sprechstundenformat« mit einem Zeitbedarf von zehn bis 20 Minuten an (Sulz & Deckert, 2012).

Stationäres PKP-Behandlungskonzept

Die Gesamtheit dieser störungsrelevanten Kurzinterventionen zur Depressionsbehandlung bildete die Grundlage für das hier

vorgestellte stationäre Behandlungskonzept der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie. Entwickelt, implementiert und evaluiert wurde das Behandlungskonzept auf einer offen geführten allgemeinpsychiatrischen und Psychotherapiestation mit zusammen 34 Behandlungsplätzen der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Braunschweig (Klinikleitung: PD Dr. A. Diehl). Für die beiden Stationen bestanden keine Therapieschwerpunkte.

Wesentliches Ziel des stationären Therapiekonzeptes war es, die spezifische Situation an Versorgungskliniken mit begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen zu berücksichtigen. Die Gesamtorganisation des stationären Behandlungskonzeptes erfolgte deshalb über verschiedene Berufsgruppen im Gesamtteam. Als Voraussetzung wurde eine realistische Patientenverweildauer von vier bis sechs Wochen für Patienten mit Depressionen zugrunde gelegt und ein kombiniertes gruppen- und einzeltherapeutisches Behandlungskonzept gewählt. Ein modularer

Aufbau der Gruppentherapie ermöglicht einerseits die Bearbeitung einzelner Therapiethemen in geschlossenen Gruppensituationen, andererseits die wöchentliche Aufnahme neuer Patienten in das vierwöchige Gruppenkonzept (mit zusätzlich themenverwandter Einzeltherapie).

Organisationsform der »PKP-Depressionsgruppe«

Die für das Behandlungskonzept zentrale PKP-Depressionsgruppe besteht aus den Modulen 1 bis 4, die sich an der Therapiestrategie und Säulenarchitektur der Strategisch-Behavioralen Therapie für Depressionen orientieren (Sulz et al., 2011). Modul 1 und 2 sind als Gruppe A (Psychoedukation/Aktivitätenaufbau) und Modul 3 und 4 als Gruppe B (Emotionsexposition/zentrales Verhaltensschema) zeitlich parallel organisiert (s. Algermissen & Rösser, 2019). Die Gruppen A und B werden jeweils von einem Gruppenleiter geführt.

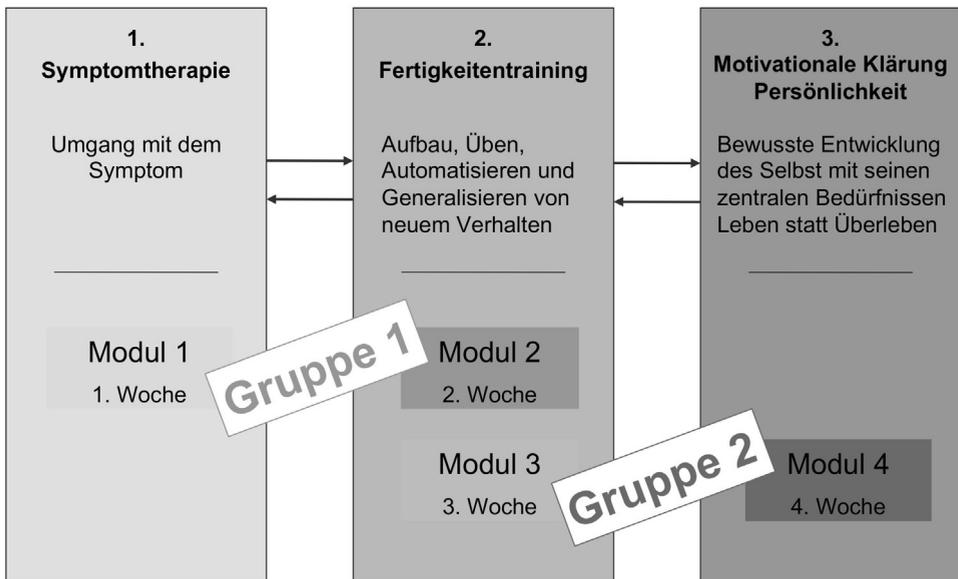


Abbildung 5: Gruppentherapie und Säulenarchitektur

Jedes Modul besteht aus drei Therapiesitzungen á 75 Minuten, die innerhalb einer Woche (z. B. Montag/Mittwoch/Freitag) stattfinden und sich aufeinander beziehen. Jedes Modul behandelt ein Therapiethema in der Gruppe so weitgehend, dass eine weitere personalisierte Bearbeitung des Therapiethemas in der Einzelpsychotherapie anschließen kann. Das Durchlaufen aller vier Module dauert dementsprechend insgesamt vier Wochen bzw. beinhaltet die Teilnahme an zwölf Sitzungen. (Ein Therapiemanual ist bei den Verfassern erhältlich.)

Bei mehr als der Hälfte der in das Gruppenkonzept aufgenommenen Patienten wird der Wechsel von Gruppe A (10–12 Teilnehmer) nach Gruppe B (6–8 Teilnehmer) nach Durchlaufen der ersten beiden Module (Psychoedukation/Aktivitätenaufbau) empfohlen. Ein Teil der Patienten beendet die Gruppentherapie mit der Teilnahme an Gruppe A, da eine weiterführende emotionsfokussierte Arbeitsweise in den Modulen 3 und 4 der Gruppe B (Emotionsexposition/zentrales Verhaltensschema) entweder zum Therapiezeitpunkt oder zum Beispiel aufgrund eines melancholischen Subtyps der depressiven Störung nicht indiziert ist.

Therapieinhalte der »PKP-Depressionsgruppe«

Modul 1 – Psychoedukation

Ein initial wesentliches Ziel im *Modul 1* besteht darin, depressive Symptome innerhalb der Gruppe richtig zu beschreiben und bei sich selbst und anderen Teilnehmern zu erkennen. Anhand von Arbeitsblättern werden die Teilnehmer aufgefordert, die Diagnose einer Depression für sich nachzuvollziehen und angeleitet zu »überprüfen«, um eine für die Behandlung vorteil-

hafte Krankheitsakzeptanz zu erreichen. Zusätzlich erhalten die Gruppenteilnehmer psychoedukative Informationen über die »Krankheit« Depression und lernen die verschiedenen Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression kennen. Ausgehend vom Vulnerabilitätsstressmodell wird die Indikation für eine (meist) kombinierte psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlung erläutert. Gleichzeitig eröffnet die Frage nach einer Funktionalität der Depression (»Was geschah unmittelbar bevor Sie depressiv wurden?«) auch eine Perspektive darauf, dass die depressive Verstimmung möglicherweise vor intensiven und bedrohlich erlebten Emotionen »schützen« kann (Emotionsvermeidung, s. o.). Die Relevanz der Grundgefühle Angst, Wut und Trauer für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen wird im Gruppengespräch verdeutlicht und ebenso die Rationale für eine Emotionsexposition (im Modul 3) und den bewussten »Umgang mit schwierigen Gefühlen« dargestellt.

Modul 2 – Aufbau positiver Aktivitäten

Verhaltensaktivierung und der Einsatz von Verstärkern beim Aufbau positiver Aktivitäten ist ein wirksamer Bestandteil aller kognitiv-behavioraler Therapieansätze zur Depressionsbehandlung (Hautzinger, 2013). Angenehm erlebte Aktivitäten können auch als eine geplante »Exposition« mit positiven Emotionen wie zum Beispiel »Freude« und »Zufriedenheit« aufgefasst und »geübt« werden. Antriebsstörungen, negative Erwartungen sowie die Erfahrung anhaltender und kaum überwindbarer Freudlosigkeit erschweren jedoch die Eigeninitiative depressiver Patienten. Häufig bestimmen vorrangig Pflicht- und Verantwortungsgefühle das Verhalten und

beeinträchtigen positives Erleben. Ziel dieses Moduls ist daher die gemeinsame Suche nach voraussichtlich angenehmen oder sinnstiftenden Aktivitäten im Gruppenkontext und die Konkretisierung dieser individuell geeigneten Aktivitäten in Form von Tagesplänen und Durchführungsprotokollen. Dabei ist es hilfreich, die Selbstbeobachtung für positive Stimmungsveränderungen anzuleiten. Die Bedeutung von Bewegung und Sport, von Entspannungstraining, Genussübungen und Sinneserleben als Quellen von positivem Erleben werden erarbeitet und in die Planung positiver Aktivitäten integriert.

Modul 3 – Umgang mit schwierigen Gefühlen (Emotionsexposition)

Die depressive Verstimmung kann entsprechend des strategisch-behavioralen Störungsmodells (s. o.) in einer bestimmten Lebenssituation die Funktion haben, vor unkontrollierbar intensiven Emotionen wie zum Beispiel existenzieller Angst, unüberwindbarer Trauer oder aggressiver Wut zu schützen. In der Umkehrung gilt es, die damit verbundene Vermeidung von Emotionen durch Emotionsexposition zu vermindern. Mit dem Erlernen einer wirksamen Regulation der bedrohlich intensiven Emotion wird eine schrittweise Emotionsverarbeitung in der Therapie ermöglicht. Dann wird die depressive Verstimmung nicht mehr durch Emotionsvermeidung aufrechterhalten. Mit der Rückbildung depressiver Verstimmung kann die gesunde Vitalität der Gefühle neu erlebt werden.

Die emotionsfokussierte Therapiearbeit in einer Gruppengröße von sechs bis acht Teilnehmern ist anspruchsvoll, aber bei geeigneten stationären Rahmenbedingungen und begleitet von einer vertiefenden Einzelpsychotherapie gut möglich. In vielen Fällen ist der Gruppenkontext auch vorteil-

haft, zum Beispiel durch die Multiperspektivität und das größere Erfahrungswissen der Gruppe.

Übergeordnetes Ziel dieses Moduls ist die Klärung für den Patienten, ob die Vermeidung bestimmter Emotionen für die Entstehung und Aufrechterhaltung der depressiven Verstimmung relevant ist und welcher Qualität die vermiedene Emotion ist.

Modul 4 – »Überlebensregel« als zentrales Verhaltensschema

Bestimmte Lebenssituationen können dann eine depressive Episode auslösen, wenn wesentliche Verhaltensmöglichkeiten zur Bewältigung einer belastenden Lebenssituation (z. B. Autonomie und Selbstständigkeit in einem Beziehungskonflikt) fehlen und von der betroffenen Person nicht unmittelbar erlernt werden können (s. o.).

Das Auftreten starker (primärer) Emotionen von zum Beispiel Angst, Wut oder Trauer können dysfunktionale Schemata aktivieren und führen zu einer tendenziell immer gleichen (sekundären) emotionalen Reaktion (z. B. Gefühl von Hilflosigkeit und Unterlegenheit). Das Erkennen und die Beschreibung des zentralen emotional-kognitiven Schemas, der sogenannten »Überlebensregel«, ist Ziel des Moduls 4. Durch das Konstrukt der »Überlebensregel« kann maladaptives und die Depression aufrechterhaltendes Verhalten in zwischenmenschlichen Beziehungen erklärt und damit therapeutisch *veränderbar* werden. Ausgehend von dem vorrangigen Persönlichkeitszug (z. B. »Ich bin zurückhaltend und angepasst«) und den zentralen Bedürfnissen und Ängsten einer Person wird eine personalisierte »Überlebensregel« erarbeitet, das heißt ein Bedingungssatz formuliert: »Nur wenn ich immer ... (entsprechend meines Persönlichkeitszuges handle)

und wenn ich niemals ... (entgegen meines Persönlichkeitszuges handle), bewahre ich mir ... (das zentrale Bedürfnis) und verhindere ... (die zentrale Angst). Im Falle einer selbstunsicher-dependenten Persönlichkeit könnte die Überlebensregel lauten: Nur wenn ich mich immer zurücknehme und mich hilfsbedürftig fühle und niemals eigene Forderungen stelle oder eigene Ansichten vertrete, bewahre ich mir die Geborgenheit (zentrales Bedürfnis) durch das Wohlwollen der Bezugspersonen und verhindere das Verlassenwerden (zentrale Angst).

Überlebensregel – abhängiger Persönlichkeitszug

- **Nur wenn ich immer** gemäß den Wünschen meiner Bezugsperson denke, fühle und handle,
- **und wenn ich niemals** eigene Bedürfnisse zulasse, die mit den ihren nicht vereinbar sind,
- **bewahre ich mir** den Schutz, die Wärme und die Geborgenheit,
- **und verhindere**, verlassen zu werden.

Abbildung 6: Überlebensregel

Die Erarbeitung von »Überlebensregeln« im Gruppenkontext ist in einer vereinfachten ersten Ausformung gut möglich und soll vor allem zur fortgesetzten Arbeit an der Klärung der eigenen, für die Entstehung der Depression relevanten Verhaltensmotive und zur weiteren Persönlichkeitsentwicklung anregen. Als Grundlage für die therapeutische Arbeit ist jedoch eine weitere Ausdifferenzierung und Überprüfung der »Überlebensregel« erforderlich. Dieses Anliegen wird in die PKP-Einzeltherapie delegiert.

PKP-Einzeltherapie

Die PKP-Einzeltherapie wird parallel zur Gruppentherapie durch den jeweiligen Be-

zugstherapeuten auf Station durchgeführt. Anfangs ist häufig nur eine einfache therapeutische Unterstützung und ergänzende Erläuterung zu den Gruppensitzungen erforderlich. Im Verlauf allerdings werden die jeweils relevanten Therapiethemen aus der Gruppentherapie aufgenommen, personalisiert fortgesetzt und vertieft. Der gruppentherapeutische Prozess liefert vielfache therapeutische Ansatzpunkte, deren Bearbeitung durch den Therapeuten verschieden gewichtet und mit unterschiedlicher Zielsetzung bzw. Therapiestrategie erfolgen kann. Dementsprechend muss

der Einzeltherapeut das Gruppenkonzept und die Therapieinhalte der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie kennen bzw. mit den Grundzügen der Strategisch-behavioralen Therapie, insbesondere mit den Techniken der Emotionsexposition und der Arbeit mit der »Über-

lebensregel«, vertraut sein. Die abgeschlossene Teilnahme an den Modulen 3 und 4 des PKP-Therapiekonzeptes ist gleichzeitig der Beginn einer intensiven einzeltherapeutischen Arbeit an der Veränderung der »Überlebensregel« und an der Weiterentwicklung der eigenen Person. Ziel der Projektarbeit anhand einer persönlichen »Entwicklungsregel« ist dann der Aufbau von neuem und funktionalerem Verhalten (entgegen der bisherigen Überlebensregel). Im oben genannten Beispiel könnten mehr autonome Verhaltensmöglichkeiten und weniger bedürfnisorientierte bzw. ängstliche Verhaltensweisen im Alltag dem Ziel dienen, mit erweiterten zwischenmenschlichen Kompetenzen die zentrale Beziehung erfolgreicher zu gestalten und einer erneuten depressiven Episode vorzubeugen.

Sektorenübergreifende Organisation der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP)

Das primär stationär ausgerichtete PKP-Gruppenkonzept kann auch für ambulante Patienten geöffnet werden, sofern eine PKP-Einzeltherapie auch im ambulanten Kontext verfügbar ist, zum Beispiel in der Psychiatrischen Institutsambulanz oder durch einen qualifizierten ambulanten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten. Das Angebot einer weiteren ambulanten Teilnahme an der PKP-Depressionsgruppe ist auch für Patienten sinnvoll, die im Zeitraum der PKP-Gruppentherapie aus verschiedensten Gründen aus der stationären Behandlung entlassen werden und die Depressionsbehandlung in dieser Weise auch ambulant abschließen können.

PIA-Gruppe zur Arbeit an der Überlebensregel

Eine Projektarbeit zur Veränderung der Überlebensregel, zur Verbesserung der eigenen Emotionsregulation und persönlichen Entwicklung kann auch im Rahmen eines speziellen Gruppenangebotes in der Psychiatrischen Institutsambulanz fortgesetzt werden.

Evaluation des stationären PKP-Behandlungskonzeptes

Nach einer Implementierungsphase wurde das hier dargestellte PKP-Behandlungskonzept im Zeitraum von August 2011 bis Dezember 2016 kontinuierlich als Maßnahme zur Qualitätssicherung evaluiert. Dabei wurden als Messinstrumente das revidierte Beck-Depressions-Inventar (BDI-II von Hautzinger et al., 2006) und

seit Juli 2012 zusätzlich die Mini-Symptom-Checklist (Mini-SCL bzw. SCL-18 von Franke, 2017) und die CGI-Scale (Guy, 2000) als Fremdbeurteilungsinstrument zeitgleich zur vierwöchigen Teilnahme an der PKP-Depressionsgruppe genutzt. Ziel dieser a) »Klinischen Evaluation« war es, den Therapieverlauf im Zeitraum der Gruppenintervention zu ermitteln.

Ergänzend wurden die subjektiven Bewertungen der Teilnehmenden zur Relevanz der erarbeiteten »Überlebensregel« abgefragt und in einer b) katamnesticen Befragung insgesamt Daten von 136 Patienten zur Veränderung der Überlebensregel im weiteren Behandlungsverlauf erhoben.

Klinische Evaluation

Während der vierwöchigen PKP-Depressionsgruppe reduzierten sich die Werte im Beck-Depressions-Inventar (BDI-II) (dt. Hautzinger et al., 2006) bei den Teilnehmern mit vollständiger Teilnahme am PKP-Therapiekonzept ($n = 696$, $M:F = 0,7:1$, Durchschnittsalter 42,8 Jahre, Altersmedian 44 Jahre, Altersspanne: 18–79 Jahre) signifikant ($p < 0,001$) und effektstark ($d = 1,144$) (s. u. Abb. 12).

Auf allen Skalen der SCL-18 (Mini-SCL) (Franke, 2017) zeigten sich signifikante ($p < 0,001$) Symptomreduktionen. Der Effekt manifestierte sich auf der Depressionsskala am stärksten ($d = 1,067$), gefolgt von Effekten auf der Angstskala ($d = 0,714$) und der Skala für Somatisierung ($d = 0,641$). Auch der in guter Korrelation mit einer klinischen Besserung stehende »Global Severity Index« (GSI) der Symptomcheckliste zeigte eine gute Effektstärke ($d = 1,022$), wenn auch eingeschränkt durch eine geringe Rücklauftrate von 39 %. Die Fremdbeurteilung anhand

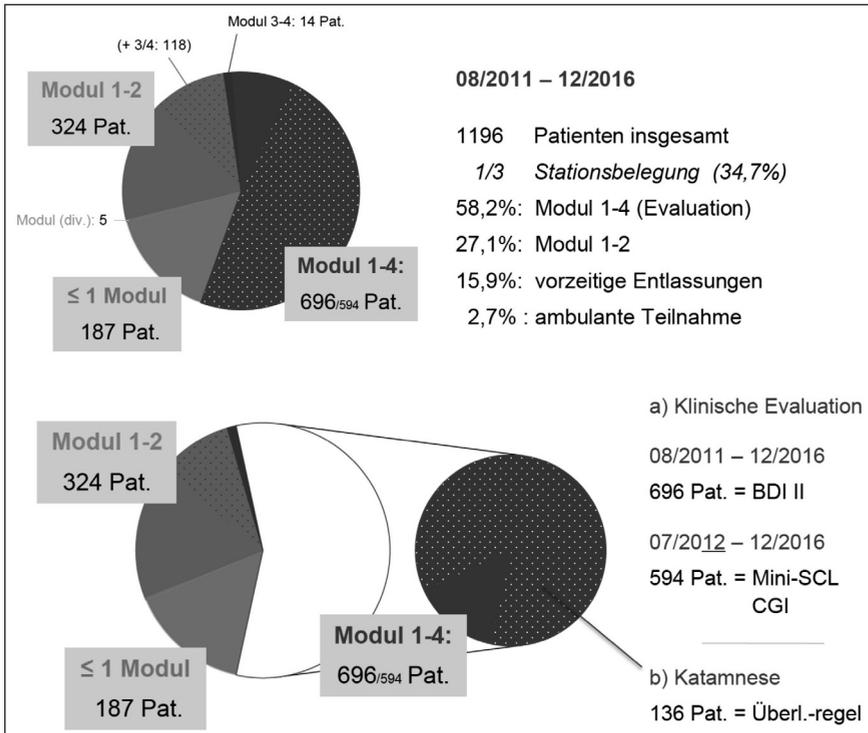


Abbildung 7: Evaluation: Teilnahme

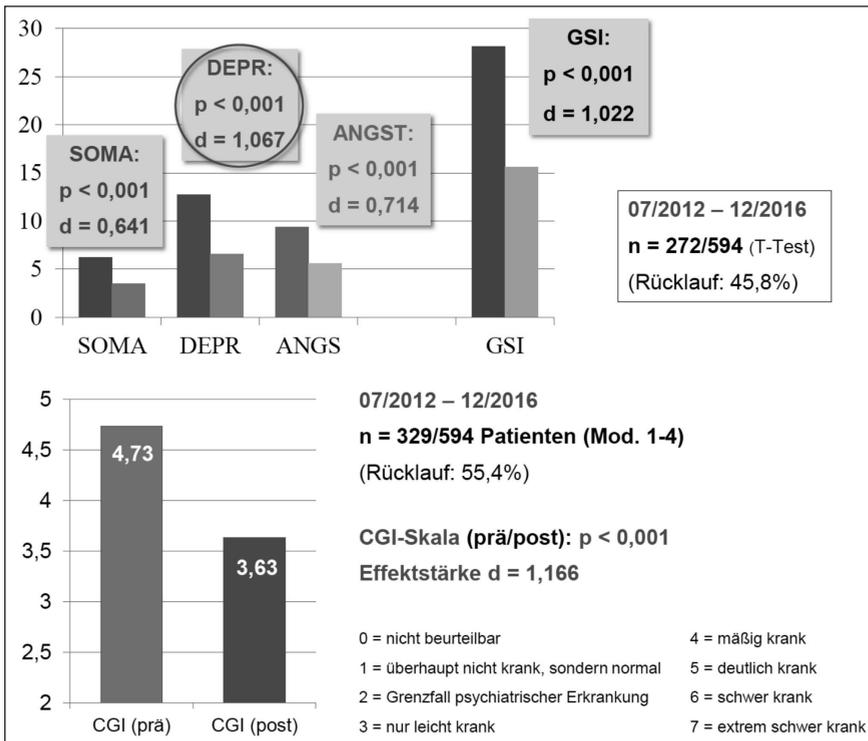


Abbildung 8: SCL-18 (Mini-SCL) und CGI-S im Prä-/Postvergleich

der Skala zum »Klinischen Gesamteindruck« (Clinical Global Impression-Scale/CGI-S) bestätigte eine signifikante psychische Besserung ($p < 0.001$) im statistischen Vergleich der Prä-/Postrohwerter ($d = 1,166$).

Eine umfassende Ergebnisdarstellung der »Klinischen Evaluation« ($n = 1.196$ Patienten) kann bei den Verfassern angefordert werden bzw. ist bei Algermissen & Rösser (2019) nachzulesen.

Katamnestiche Befragung zur Veränderung der Überlebensregel

Ergänzend zur Klinischen Evaluation erfolgte eine getrennte katamnestiche Befragung und Datenerhebung ($n = 136$,

$M:F = 0,5:1$, Durchschnittsalter 42,4 Jahre, Altersmedian 43,5 Jahre, Altersspanne: 18–73 Jahre) zur Bedeutung und Veränderung der »Überlebensregel« im nachstationären bzw. individuellen ambulanten Behandlungsverlauf. Die Erhebung der Katamnese erfolgte im Mittel 154 Tage (22 Wochen) nach Erarbeitung einer Überlebensregel im Kontext des PKP-Gruppenkonzeptes. Der Median der Katamnese lag bei 88 Tage (Minimum: 5 Tage bis Maximum: > 3,4 Jahre), sodass es sich um konservative Ergebnisdaten handelte. Zwischen den untersuchten Teilgruppen der a) klinischen Evaluation ($n = 696$) und b) Katamnese ($n = 136$) bestanden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Durchschnittsalters und Geschlechterverhältnisses.

Mit der Erarbeitung der »Überlebensregel« im Modul 4 des PKP-Gruppenkonzeptes zeigten sich zu Beginn des Katamnesezeitraumes 79,5% der Gruppenteilnehmer motiviert, mit der Überlebensregel weiter therapeutisch zu arbeiten. Insgesamt 89,9% der Teilnehmer

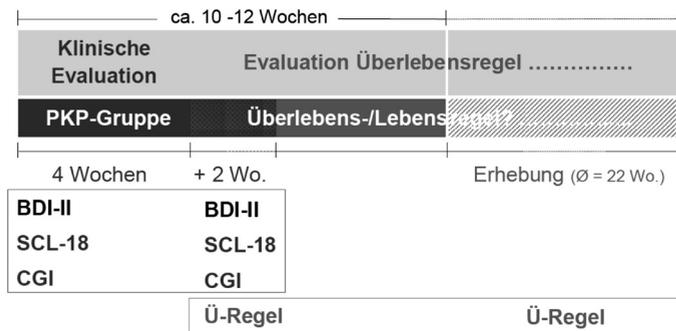


Abbildung 9: Evaluation

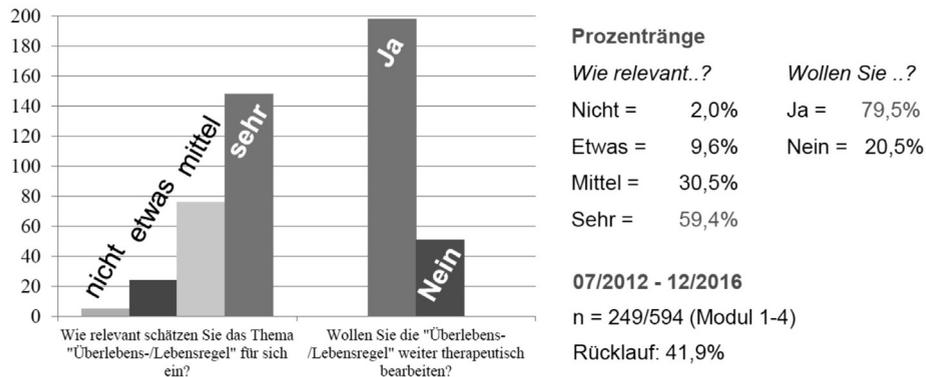


Abbildung 10: Akzeptanz der Überlebensregel

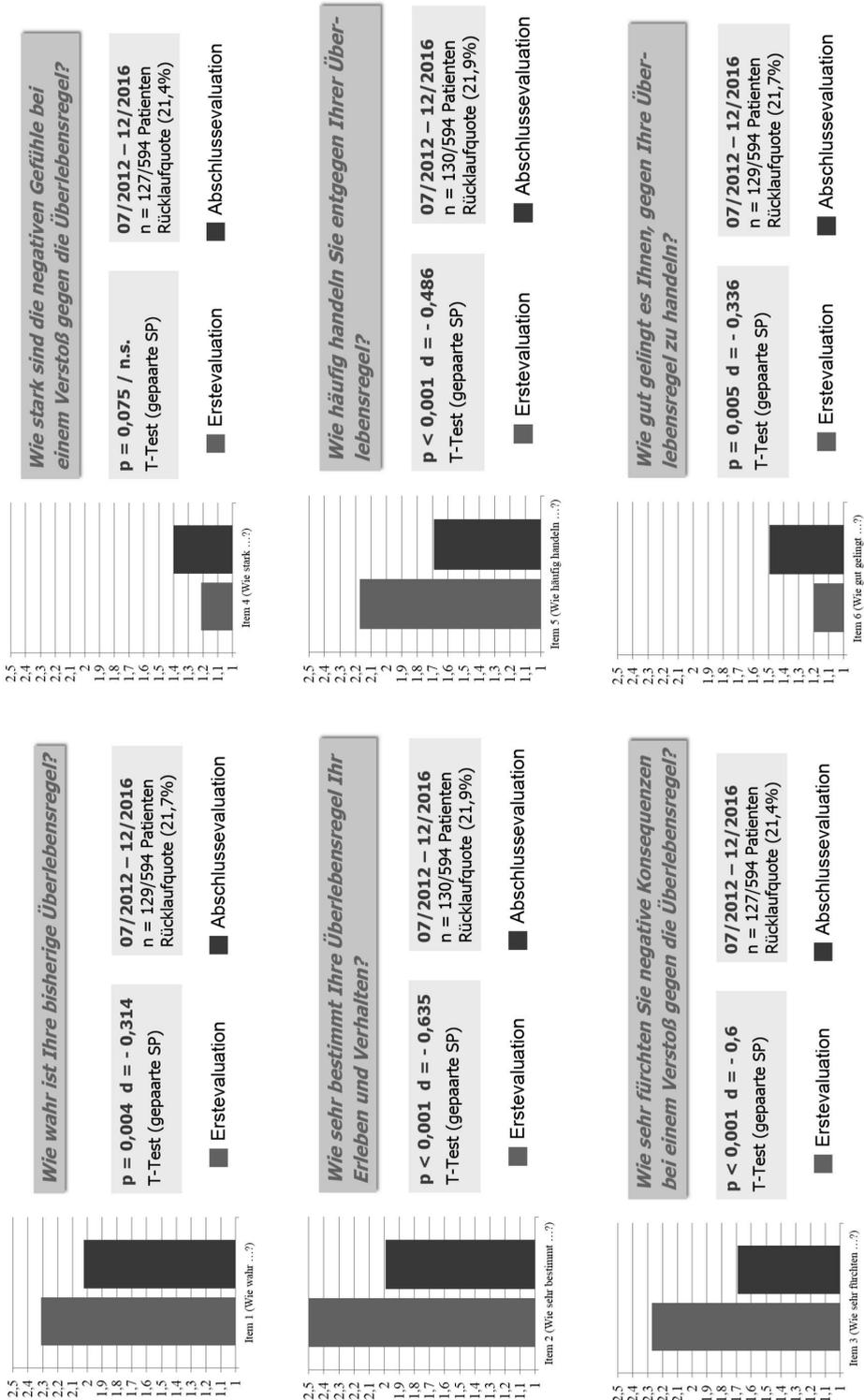


Abbildung 11: Fragen und Diagramm zur Überlebensregel

schätzten das Therapiethema »Überlebensregel« als mittel bis sehr relevant für sich ein (Rücklaufquote 41,9%).

Die erreichte Rücklaufquote der katamnestischen Befragung lag bei 22,9% (n = 136) der Gesamtheit von 594 Patienten, die im Zeitraum der erweiterten Evaluation seit Juli 2012 bis Dezember 2016 (s. o.) die vollständige PKP-Depressionsgruppe (Modul 1 bis 4) durchlaufen hatten.

Hypothesenkonform zeichnete sich ab, dass Erleben und Verhalten nach Ansicht der Patienten im nachstationären Verlauf insgesamt weniger durch die Überlebensregel bestimmt war (p < 0,001, d = -0,635). Negative Konsequenzen wurden bei einem »Verstoß gegen die Überlebensregel« weniger befürchtet (p < 0,001, d = -0,6).

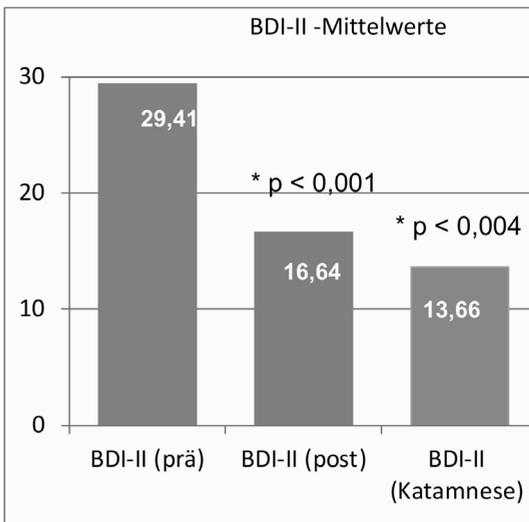
Im Zusammenhang mit »Verstoßen gegen die Überlebensregel« traten zwar (hypothesenkonform, s. u.) mehr negative Gefühle auf, die jedoch kein Signifikanzniveau erreichten (p = 0,075). Den katamnestisch befragten Patienten gelang es nach eigener Beurteilung insgesamt besser, »gegen die Überlebensregel zu handeln«

(p = 0,005, d = -0,336): Parallel zu einer abnehmenden Bestimmtheit durch die Überlebensregel mussten die Patienten im Verlauf »weniger häufig entgegen ihrer Überlebensregel handeln« (p < 0,001, d = -0,486). Die verhaltensbestimmende Überlebensregel wurde von einem signifikanten Anteil der katamnestisch befragten Patienten im Verlauf nicht mehr als zutreffend (»wahr«) bewertet (p = 0,004, d = -0,314).

Die erhobenen Werte im BDI-II zum Zeitpunkt der katamnestischen Befragung (+ 154 Tage) verbesserten sich im Gesamtdurchschnitt (13,66) schwach signifikant (p = 0,004, d = -0,268) gegenüber der Erhebung (16,64, s. o.) zum Ende der PKP-Depressionsgruppe. Demnach blieben die positiven Therapieeffekte im Zeitraum der Teilnahme an der PKP-Depressionsgruppe über zumindest fünf Monate erhalten.

Diskussion

Kurzinterventionen und Therapietechnik der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie



A) Klinische Evaluation

August 2011 – Dezember 2016
696 Patienten (Modul 1-4)
284 Auswertungen (40,8%)

BDI-II* (prä/post): p < 0,001
Effektstärke: d = 1,144

B) Katamnese Überlebensregel

Juli 2012 – Dezember 2016
594 Patienten (Modul 1-4)
136 Befragungen (22,9%)

BDI-II* (Katamn.): p < 0,004
Effektstärke: d = 0.268

Abbildung 12: Deck-Depressions-Inventar (II): Vergleich der Mittelwerte (inkl. Katamnese)

(PKP) bildeten die Basis für eine kombinierte Gruppen- und Einzeltherapie mit dem vorrangigen Ziel, eine spezielle Psychotherapie für Depressionen in einer akuten Versorgungsklinik mit typischen Limitierungen in der Verweildauer und den personellen Ressourcen zu realisieren und zu erproben.

Die neuartige Organisationsform mit parallelen Gruppen in wöchentlich wechselnder Zusammensetzung erwies sich nicht als nachteilig (s. Algermissen & Rösser, 2019). In der Praxis entstanden ausreichend homogene Gruppenatmosphären auch für die Arbeit mit Emotionen oder der »Überlebensregel«. Die Einbettung des Behandlungskonzeptes in zwei organisatorisch verbundene Stationen begünstigte die Entstehung unterstützender Gruppensituationen. Der Komplexität des Behandlungsansatzes wurde durch die begleitende Einzeltherapie ausreichend Rechnung getragen. Die Erarbeitung von therapeutischen Themen im Gruppenkontext und die Delegation dieser Themen zur weiteren Bearbeitung in der Einzeltherapie stellte eine effiziente Organisationsform des strategischen Therapieprozesses dar. Zusätzlich konnten positive Gruppeneffekte (u. a. wechselseitige Modell-, Anregungs- und Feedbackfunktionen, Vermittlung von Hoffnung) genutzt werden (Fiedler, 2005).

Die Organisationsform des PKP-Behandlungskonzeptes erwies sich auch als gute Voraussetzung für sektorenübergreifende Behandlungspfade, sofern eine ergänzende Einzeltherapie durch die ambulante Weiterbehandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz bzw. bei einem niedergelassenen »PKP-Therapeuten« parallel und nachfolgend zur Teilnahme an der PKP-Depressionsgruppe möglich war.

Die Ergebnisse der klinischen Evaluation dokumentieren, dass sich innerhalb des ersten vierwöchigen Zeitraumes des PKP-

Behandlungskonzeptes und mit Teilnahme an der Depressionsgruppe signifikante positive Therapieeffekte und Rückbildungen depressiver Syndrome zeigen oder zu erwarten sind. Der jeweilige Stellenwert der verschiedenen Therapieelemente stationärer Depressionsbehandlung für die klinische Besserung, etwa die Teilnahme an der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie gegenüber der Wirksamkeit einer antidepressiven Psychopharmakotherapie oder auch ergänzende Effekte anderer komplementärer Therapien und stationärer Milieufaktoren, lässt sich anhand unserer Evaluation nicht bestimmen. Für derartige Aussagen fehlten geeignete Kontrollbedingungen. Zusätzlich schränkte die unbefriedigende Rücklaufquote, begründet vor allem mit dem Fehlen wissenschaftlichen Personals, die Aussagekraft der klinischen Evaluation ein.

Im Ganzen und vor allem aufgrund der hohen Fallzahl ($n = 696$) erbrachte die klinische Evaluation unserer Ansicht nach aber den Nachweis, dass sich dieses spezielle Therapieangebot in Ergänzung zur psychiatrischen Standardtherapie dazu eignet, einen wirksamen und effektiven Psychotherapieprozess für stationäre Patienten mit Depressionen auf einer allgemeinpsychiatrischen und Psychotherapiestation zu generieren. Das Behandlungskonzept zeigt seit dem Jahr 2011 bis jetzt eine therapeutenunabhängige Stabilität.

Die hohe Relevanz, die dem zentralen Konstrukt des PKP-Behandlungskonzeptes, der »Überlebensregel«, von Teilnehmern zugestanden wurde, weist auf die hohe Akzeptanz für dieses Therapiethema hin. Dies war auch unsere alltägliche Erfahrung. Die therapeutische Arbeit mit der »Überlebensregel« und die Veränderung in eine »Lebensregel« mit dem Ziel der persönlichen Weiterentwicklung wird von den Teilnehmern als Möglichkeit erkannt, ein Verständnis für eigene, bisher wenig er-

folgreiche bzw. »dysfunktionale« Verhaltensmuster in Beziehungen zu gewinnen. Mit dem Zugewinn an Verhaltensmöglichkeiten können depressionsauslösende Affekte im Sinne des funktionalen Störungsmodells der PKP reduziert werden. Auch wenn Verhalten entgegen der Überlebensregel zunächst zentrale Ängste und negative Gefühle auslöst (s. o.), zeigen sich in der katamnestischen Befragung zur Veränderung der Überlebensregel nach Entlassung plausible Hinweise darauf, dass die Arbeit mit der »Überlebensregel« längerfristig zu einer gewünschten Verhaltensänderung mit Aufbau neuer und mehr funktionaler Verhaltensweisen im psychosozialen Umfeld der Patienten führt. Diese positive Bewertung wird zwar durch die relativ geringe Rücklaufquote (22,9 %) der Katamnese, überwiegend als Folge des hohen organisatorischen Aufwandes (Personaleinsatz, Erreichbarkeit, Kontaktdaten), limitiert. Möglicherweise ist aber bereits die Therapieintensität während des stationären Aufenthaltes für anhaltende Therapieeffekte ausreichend. Erwartungsgemäß nahm die Depressivität in der Verlaufsdiagnostik (BDI-II) tendenziell weiter ab, zeitgleich zum Aufbau von funktionalerem Verhalten. So sehr dieser Zusammenhang plausibel erscheint, kann er allerdings aufgrund der unkontrollierten Daten innerhalb der Evaluation nicht belegt werden. Ebenso können alternative Erklärungen wie ein naturalistischer Verlauf oder Effekte einer antidepressiven Pharmakotherapie herangezogen werden, sodass hier ein weiterer Untersuchungsbedarf besteht.

Gegebenenfalls könnte eine nachstationäre Weiterbehandlung in Form einer PKP-Einzeltherapie oder PKP-Therapiegruppe (u. a. zur Projektarbeit an der persönlichen Entwicklung) einen positiven und antidepressiven Therapieeffekt des PKP-Konzeptes zusätzlich sicherstellen

bzw. nachweisbar machen und der Forderung nach einer leitliniengerechten Follow-up-Behandlung bei mittelschweren und schweren Depressionen entsprechen (Wiegand et al., 2020).

Zusammenfassend ließ sich das PKP-Behandlungskonzept gut in das stationäre Therapieangebot einer mittelgroßen Versorgungsklinik implementieren. Allerdings ist die Reproduktion unserer Ergebnisse für die positive Verifizierung des stationären PKP-Behandlungskonzeptes in gleichem Maße wesentlich. Deshalb möchte dieser Fachartikel ebenso einen Impuls geben, das stationäre PKP-Behandlungskonzept für Depressionen andernorts in vergleichbarer Form zu erproben. Dies ist in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Harzkrankenhaus Dorothea Christiane Erxleben in Blankenburg geplant.

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.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. Reihe Taschenbuch 23. Weinheim, Basel: Beltz.
- Deckert, B. (2014). Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) der Depression. *Psychotherapie*, 19(2), 287–304.
- Fiedler, P. (2005). *Verhaltenstherapie in Gruppen: Psychologische Psychotherapie in der Praxis*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Franke, G. H. (2017). *Mini-Symptom-Checklist (Mini-SCL)*. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Gräff-Rudolph, U. & Sulz, S. K. D. (2009). Strategische Depressionstherapie – Die Energie der Gefühle für befriedigende Beziehungen nutzen lernen. In S. K. D. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes* (S. 171–198). München: CiP-Medien.
- Guy, W. (2000). Clinical Global Impressions Scale

- (CGI). In Rush, A. J. (Hrsg.), *Handbook of Psychiatric Measures* (S. 100–102). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Härter, M., Sitta, P., Keller, F., Metzger, R., Wiegand, W., Schell, G., Stieglitz, R.-D., Wofersdorf, M., Felsenstein, M. & Berger, M. (2004). Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. *Nervenarzt*, 75, 1083–1091.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision*. Frankfurt/Main: Harcourt Test Services.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2009). *Beck-Depressions-Inventar Revision*. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. 7. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A Behavioral Approach to Depression. In R.J. Friedman & M.M. Katz (Hrsg.), *The Psychology of Depression* (S. 194–209). New York: Wiley.
- Seligman, M.E.P. (1992). *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim, Basel: Beltz [engl. Orig. (1975). *Helplessness. On Depression, Development and Death*. San Francisco: N.H. Freeman & Co].
- Statistisches Bundesamt (2017). Diagnosedaten der Krankenhäuser (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gast&p_aid=74460166&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=550&p_ansnr=63062994&p_version=4&D.001=1000001&D.946=14321&D.011=44302 (Zugriff: 4.7.2021).
- Sulz, S.K.D. (1998). Therapeutische Strategien bei Depression. In S.K.D. Sulz (Hrsg.), (2009), *Das Therapiebuch*. 2. Auflage. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Deckert, B. (2012). *Therapiekarten Depression (syn. PKP-Karten, Sprechstundenkarten)*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Deckert, B. & Gräff-Rudolph, U. (2011). Strategische Depressionstherapie als Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) – Arbeit mit Sprechstundenkarten. *Psychotherapie*, 16(2), 324–330.
- Sulz, S.K.D. & Hauke, G. (Hrsg.). (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes*. München: CIP-Medien.
- Wiegand, H.F., Saam, J., Marschall, U., Chmitorz, A., Kriston, L., Berger, M., Lieb, K. & Hölzel, L.P. (2020). Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Depressionsbehandlung. Analyse administrativer Versorgungsdaten einer großen deutschen Krankenkasse. *Deutsches Ärzteblatt*, 117(27–28), 472–478 u. I–IX.

Psychiatric Short-term psychotherapy (PKP) of depression in combined group- and single-therapy for psychiatric departments – Consistent effects

Summary: The average treatment duration of hospitalized psychiatric patients with affective disorders such as the diagnosis of a (unipolar) depression in the majority of cases is given as around 35 to 42 days (Statistisches Bundesamt, 2017; Wiegand et al., 2020). This situation makes it necessary to organize the therapy process efficiently and target-oriented.

Psychiatric short-term psychotherapy (PSP) is a short form of strategic-behavioural therapy (Sulz et al., 2011). Established cognitive therapy techniques and essential aspects of other psychotherapy methods are integrated in this therapy form (Sulz & Hauke, 2009). As an innovative therapy technique, psychiatric short-term psychotherapy particularly uses short interventions to build up a treatment strategy and is especially suited for generating progress in therapy during the limited inpatient treatment period. The content of PSP can be implemented as a combined group- or individual therapy treatment concept at general psychiatric and psychotherapeutic wards of a supply clinic (Algermissen & Rösser, 2019). The results of a scientific evaluation (n = 1196) of this innovative therapy concept in the Clinic for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics at the Klinikum Braunschweig allow us to draw a positive balance. The therapy is effective, resource-sparing, and highly accepted by patients.

Cross-sectoral treatment routes can be implemented in cooperation with a psychiatric outpatient department or registered psychotherapists. Follow-up histories after three months in the majority of all explored cases (n = 136) provide evidence for consistent therapeutic effects after special PSP-treatment for depressions.

Keywords: Depression, psychiatric short-term psychotherapy, behavioural therapy, strategic behavioural therapy, group therapy, supply clinics, short interventions

Biografische Notiz

Christian Algermissen, Dr. med., ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Supervisor für Verhaltenstherapie (DÄVT) am Harzkllinikum Dorothea Christiane Erxleben GmbH.

Nina Rösser, Dr., Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin (VT), ist Leitende Psychologin an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Braunschweig.

Kontakt

Dr. med. Christian Algermissen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Harzkllinikum Dorothea Christiane Erxleben GmbH

Thiestraße 7–10

38889 Blankenburg

Christian.Algermissen@harzkllinikum.com

Dipl.-Psych. Nina Rösser

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH

Salzdahlumer Straße 90

38126 Braunschweig

n.roesser@klinikum-braunschweig.de