
Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. med. Peter Falkai

Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) der Depression

*Eine vergleichende Evaluationsstudie zur Effektivität und Effizienz von Kurz- und
Langzeittherapie im ambulanten Setting*

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Mag. rer. nat. Manuel Peters

aus

Trostberg, Deutschland

Jahr

2021

bitte Rückseite beachten

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: PD Dr. med. Cornelius Schüle

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Gerd Laux
Prof. Dr. Bertram Müller-Myhsok
Prof. Dr. Christian Wachinger

Mitbetreuung durch: Prof. Dr. med. Dr. phil. Serge Sulz

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 08.02.2021

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	8
Anhangsverzeichnis	9
Abkürzungsverzeichnis	10
Zusammenfassung	12
1. Einleitung	14
2. Die Wissenschaft der Psychotherapie	18
3. Depressive Erkrankungen	22
3.1 Psychopathologie	22
3.2 Epidemiologie	23
3.3 Ätiopathogenese	25
3.3.1 Genetische Modelle	26
3.3.2 Neurobiologische Modelle	27
3.3.3 Psychologische Modelle	27
3.4 Diagnostik	29
3.5 Behandlung	30
3.5.1 (Bio-)Medizinische Interventionen	30
3.5.2 Psychotherapeutische Interventionen	30
3.5.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	31
3.5.2.2 Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT)	31
4. Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP)	34
4.1 Das Konzept der PKP für Depression	34
4.2 Sprechstundenkarten (SSK)	36
4.3 Module und Submodule der PKP	39
4.3.1 Modul Patientenaufnahme	39
4.3.2 Modul Leitlinien	40
4.3.3 Modul Symptomverständnis	40
4.3.4 Modul Freude-Exposition	42
4.3.5 Modul Angst-Exposition	43
4.3.6 Modul Trauer-Exposition	44
4.3.7 Modul Ärger-Exposition	45
4.3.8 Modul Rückblick und Ausblick	46
4.3.9 Modul Motivklärung/Persönlichkeitsentwicklung	46

4.4 Forschungsfragen	49
5. Methodik	51
5.1 Beschreibung der Studie.....	51
5.1.1 Erste Phase der Studie	51
5.1.2 Zweite Phase der Studie	51
5.1.3 Durchführung	52
5.1.4 Therapeuten	53
5.1.5 Eigenbeteiligung des Autors.....	53
5.2 Stichprobe.....	53
5.2.1 Einschlusskriterien	53
5.2.2 Ausschlusskriterien.....	53
5.2.3 Rekrutierung	54
5.2.4 Beschreibung der Stichproben.....	54
5.2.5 Dropouts und Abbrecher	57
5.3 Messinstrumente.....	58
5.3.1 Beck Depression-Inventar (BDI-II).....	59
5.3.2 Verhaltensdiagnostiksystem (VDS)	60
5.3.2.1 VDS90 – Symptomliste	60
5.3.2.2 VDS14 – Psychischer Befund	61
5.3.2.3 VDS30 – Persönlichkeitsskalen	61
5.3.3 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)	62
5.3.4 Global Assessment of Functioning (GAF)	62
5.3.5 Evaluation: Veränderung der Überlebensregel (FB-ÜR)	62
5.3.6 Beanspruchung des medizinischen Systems und Arbeitsfähigkeit (QMP02)	63
5.4 Statistische Analyse.....	63
5.4.1 Vergleichbarkeit der Therapiegruppen (Baseline)	63
5.4.2 Operationalisierung von Therapieerfolg.....	64
5.4.2.1 Statistische Signifikanz	64
5.4.2.2 Klinische Relevanz.....	64
5.4.3 Explorative Datenanalyse.....	65
6. Ergebnisse	67
6.1 Deskriptive Statistik	67
6.1.1 BDI-II.....	68
6.1.2 VDS90 – Depression	69
6.1.3 VDS14 – Depression	70

6.1.4 VDS90 – Gesamtwert.....	71
6.1.5 VDS14 – Gesamtwert.....	72
6.1.6 VDS30 – Persönlichkeit.....	73
6.1.7 VEV.....	74
6.1.8 GAF.....	75
6.1.9 FB-ÜR.....	76
6.1.10 QMP02 - Arbeitsfähigkeit.....	77
6.1.11 QMP02 - Fehlzeiten.....	78
6.2 Allgemeine Wirksamkeit der PKP.....	79
6.3 Effektivität der PKP (Hypothese 1).....	80
6.3.1 Statistische Analyse.....	80
6.3.2 Klinische Relevanz.....	82
6.4 Effizienz der PKP (Hypothese 2).....	83
6.4.1 Statistische Analyse.....	83
6.4.2 Klinische Relevanz.....	86
6.5 Stabilität des Therapieerfolgs (Hypothese 3).....	87
6.5.1 Statistische Analyse.....	87
6.5.2 Klinische Relevanz.....	89
6.6 Flexibilisierung der Überlebensregel (Hypothese 4).....	91
6.6.1 Statistische Analyse.....	91
6.6.2 Klinische Relevanz.....	91
6.7 Therapieerfolg in Relation zur Emotionsregulation (Hypothese 5).....	92
6.7.1 Statistische Analyse.....	92
6.7.2 Klinische Relevanz.....	92
6.8 Differentielle und prädiktive Effekte (Hypothese 6).....	93
6.8.1 Statistische Analyse.....	93
6.8.2 Klinische Relevanz.....	95
7. Diskussion.....	96
Literaturverzeichnis.....	100
Anhang.....	110
Danksagung.....	142
Eidesstattliche Versicherung.....	143

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Depressive Symptome

Tabelle 2: Prävalenz depressiver Erkrankungen

Tabelle 3: Biopsychosoziale Risikofaktoren der Depression

Tabelle 4: SSK des Moduls Patientenaufnahme

Tabelle 5: SSK des Moduls Leitlinien

Tabelle 6: SSK des Moduls Symptomverständnis

Tabelle 7: SSK des Moduls Freude-Exposition

Tabelle 8: SSK des Moduls Angst-Exposition

Tabelle 9: SSK des Moduls Trauer-Exposition

Tabelle 10: SSK des Moduls Ärger-Exposition

Tabelle 11: SSK des Moduls Rückblick und Ausblick

Tabelle 12: SSK des Moduls Überlebensregel

Tabelle 13: Stichprobenmerkmale der KZT und LZT

Tabelle 14: Abbrecher und Completer

Tabelle 15: Erhebungsinstrumente in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt

Tabelle 16: Schwellenwerte im BDI-II

Tabelle 17: Ergebnisse im BDI-II

Tabelle 18: Ergebnisse im VDS90-Depression

Tabelle 19: Ergebnisse im VDS14-Depression

Tabelle 20: Ergebnisse im VDS90-Gesamtwert

Tabelle 21: Ergebnisse im VDS14-Gesamtwert

Tabelle 22: Ergebnisse im VDS30-Persönlichkeit

Tabelle 23: Ergebnisse im VEV

Tabelle 24: Ergebnisse im GAF

Tabelle 25: Ergebnisse im FB-ÜR

Tabelle 26: Ergebnisse im QMP02 - Arbeitsfähigkeit

Tabelle 27: Ergebnisse im QMP02 – Fehlzeiten (Tage)

Tabelle 28: Ergebnisse zur allgemeinen Wirksamkeit der PKP (within subjects)

Tabelle 29: Ergebnisse zur allgemeinen Wirksamkeit der PKP (between subjects)

Tabelle 30: Ergebnisse zur Effektivität der PKP nach 24 Sitzungen (within subjects)

Tabelle 31: Ergebnisse zur Effektivität der PKP nach 24 Sitzungen (between subjects)

Tabelle 32: Ergebnisse zur Effektivität der PKP in der KZT nach 24 Sitzungen

Tabelle 33: Ergebnisse zur Effektivität der PKP in der LZT nach 24 Sitzungen

Tabelle 34: Klinische Relevanz der Ergebnisse im BDI-II nach 24 Sitzungen

Tabelle 35: Ergebnisse zur Effizienz der PKP zwischen der 24. und der 30./44. Sitzung (within subjects)

Tabelle 36: Ergebnisse zur Effizienz der PKP zwischen der 24. und der 30./44. Sitzung (between subjects)

Tabelle 37: Ergebnisse zur Effizienz der PKP in der KZT zwischen der 24. und der 30. Sitzung

Tabelle 38: Ergebnisse zur Effizienz der PKP in der LZT zwischen der 24. und der 44. Sitzung

Tabelle 39: Klinische Relevanz der Ergebnisse im BDI-II nach 30 bzw. 44 Sitzungen

Tabelle 40: Ergebnisse zur Stabilität der PKP zwischen der 30./44. Sitzung und der Katamnese (within subjects)

Tabelle 41: Ergebnisse zur Stabilität der PKP zwischen der 30./44. Sitzung und der Katamnese (between subjects)

Tabelle 42: Ergebnisse zur Stabilität der PKP in der KZT zwischen der 30. Sitzung und der Katamnese

Tabelle 43: Ergebnisse zur Stabilität der PKP in der LZT zwischen der 44. Sitzung und der Katamnese

Tabelle 44: Klinische Relevanz der Ergebnisse im BDI-II nach der Katamnese

Tabelle 45: Verlaufsformen in den verschiedenen Therapiegruppen

Tabelle 46: Differentielle und prädiktive Faktoren der verschiedenen Verlaufsformen

Tabelle 47. Ergebnisse der unterschiedlichen Verlaufsformen

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Klassifikation affektiver Störungen nach ICD-10

Abbildung 2: Struktureller und funktioneller Aufbau der PKP

Abbildung 3: Beispiel einer SSK

Abbildung 4: Komponenten der dritten Säule

Abbildung 5: Überblick emotionale Überlebensregel

Abbildung 6: Punktmittelwerte im BDI-II

Abbildung 7: Punktmittelwerte im VDS90-Depression

Abbildung 8: Punktmittelwerte im VDS14-Depression

Abbildung 9: Punktmittelwerte im VDS90-Gesamtwert

Abbildung 10: Punktmittelwerte im VDS14-Gesamtwert

Abbildung 11: Punktmittelwerte im VDS30-Persönlichkeit

Abbildung 12: Punktmittelwerte im VEV

Abbildung 13: Punktmittelwerte im GAF

Abbildung 14: Punktmittelwerte im FB-ÜR

Abbildung 15: Prozentwerte im QMP02 - Arbeitsfähigkeit

Abbildung 16: Punktmittelwerte im QMP02 - Fehlzeiten

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: VDS90 – Symptomliste

Anhang 2: VDS14 – Psychischer Befund

Anhang 3: VDS30 – Dysfunktionale Persönlichkeitsskalen

Anhang 4: Global Assessment of Functioning (GAF)

Anhang 5: Evaluation: Veränderung der Überlebensregel (FB-ÜR)

Anhang 6: QMP02 – Arbeitsfähigkeit und medizinischer Versorgungsbedarf

Anhang 7: Therapeutisches Verlaufsprotokoll der verwendeten Sprechstundenkarten

Abkürzungsverzeichnis

α	Signifikanzniveau
ACT	Akzeptanz- und Commitment-Therapie
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAP	Bayerische Private Akademie der Psychotherapie
BÄK	Bundesärztekammer
BDI-II	Beck Depressionsinventar Revision
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
bzw.	beziehungsweise
CBASP	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
χ^2	Chi-Quadrat-Wert
CIP	Centrum für integrative Psychotherapie
d	Cohens d; Effektstärkemaß des t-Tests
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
df	degrees of freedom; Freiheitsgrade
d.h.	das heißt
DSM-IVTR	Diagnostic and Statistical Manual 4 th Edition Text Revision
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual 5 th Edition
ebd.	ebenda
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EBM	evidence based medicine; evidenzbasierte Medizin
EBP	evidence based psychotherapy; evidenzbasierte Psychotherapie
EKT	Elektrokrampftherapie; Elektrokonvulsionstherapie
η^2	Eta-Quadrat-Wert; Effektstärkemaß der Varianzanalyse
et al.	et alii; und andere
GAF	Global Assessment of Functioning; Globales Funktionsniveau
GAS	Generalisierte Angststörung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
ICD-10 GM	International Classification of Diseases 10 th Edition German Modification
ICD-11	International Classification of Diseases 11 th Edition
IPT	Interpersonelle Therapie
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
KZT	Kurzzeittherapie
LZT	Langzeittherapie
MAX	Maximaler Wert
MIN	Minimaler Wert
M	Mittelwert

n	Anzahl Patienten ¹ Teilstichprobe
N	Anzahl Patienten Gesamtstichprobe
o.g.	oben genannte
p	Signifikanzwert; Überschreitungswahrscheinlichkeit
ϕ	Phi-Koeffizient; Effektstärkemaß beim Chi-Quadrat-Test
PKP	Psychiatrische Kurz-Psychotherapie
PR	Prozent
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
r	Korrelationskoeffizient; Produkt-Moment-Korrelation
RCT	Randomized Controlled Trial; randomisierte kontrollierte Studie
SBT	Strategisch-Behaviorale Therapie
SD	standard deviation; Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SKT	Strategische Kurzzeittherapie
sog.	sogenannt
SSK	Sprechstundenkarte
s.o.	siehe oben
s.u.	siehe unten
u.a.	und andere
V	Cramers V; Effektstärkemaß beim Chi-Quadrat-Test
VDS	Verhaltensdiagnostiksystem
VEV	Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens
vgl.	vergleiche
VT	Verhaltenstherapie
z.B.	zum Beispiel

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die männliche Form gewählt. Wo nicht anders erwähnt, sind damit alle Geschlechter gemeint.

Zusammenfassung

Zweck der Untersuchung

Da die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit Depression aus verschiedenen Gründen nach wie vor als unbefriedigend angesehen werden muss, wird hier eine effiziente, evidenzbasierte Therapieform mittels Therapiekarten evaluiert. Theoretische Grundlage der Behandlungsform bildet die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT), die Depression als Vermeidungsstrategie intensiver Emotionen und daran gekoppelte Handlungsimpulse ansieht, welche durch negative Verstärkung aufrechterhalten wird. Die therapeutische Strategie besteht in der Überwindung des Vermeidungsverhaltens durch Exposition der vermiedenen Emotionen (Verstärkung erwünschten Verhaltens, Löschung unerwünschten Verhaltens), so dass die depressive Symptomatik überflüssig wird. Im Ergebnis soll der Patient durch kognitive Selbststeuerung und verbesserte emotionale Kompetenz lernen, mit Emotionen und deren Konsequenzen funktionaler umzugehen.

Methodik

Die Therapiestudie wurde als Feldstudie im ambulanten Setting verhaltenstherapeutischer Richtlinien-Psychotherapien durchgeführt. Die Therapeuten arbeiteten mit Therapiekarten, die sämtliche Informationen beinhalten, die man zur Durchführung der jeweiligen Intervention benötigt. Dabei kamen nur evidenzbasierte Interventionen zum Einsatz. Es wurden zwei Therapiegruppen untersucht: eine Kurzzeittherapiegruppe (n=77) mit 24 wöchentlichen Sitzungen und sechs weiteren monatlichen Erhaltungssitzungen sowie eine Langzeittherapiegruppe (n=79) mit 44 wöchentlichen Sitzungen. Beide Gruppen erhielten sechs Monate nach Ende der Therapie eine abschließende Katamnesesitzung.

Ergebnisse

Es hat sich gezeigt, dass die meisten Patienten der Kurzzeittherapiegruppe bereits nach 24 Sitzungen ein Wirkmaximum erzielten, welches nicht weiter gesteigert werden konnte und konstant auch nach Abschluss der Therapie bei den meisten Patienten erhalten geblieben ist. Die Patienten der Langzeittherapiegruppe unterschieden sich statistisch nicht von den Patienten der Kurzzeittherapie, jedoch gab es individuelle, klinisch relevante Abweichungen. Therapeuten der Langzeittherapie schätzten ihre Patienten teilweise schlechter ein, als die Patienten sich selbst. Es zeigte sich ein mittlerer bis hoher Zusammenhang zwischen Reduktion der Depressivität und Funktionalität der Emotionsregulation. Differentielle und prädiktive Faktoren werden explorativ untersucht und diskutiert.

Schlussfolgerung

Die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) scheint geeignet, in kurzer Zeit maximalen therapeutischen Effekt bei der Behandlung depressiver Syndrome zu erzielen. Sie bietet sich daher insbesondere für Behandlungssettings an, in denen eine Richtlinien-Psychotherapie nicht verfügbar ist bzw. die Behandlungsressourcen stark begrenzt sind.

Schlüsselwörter

Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP), Psychotherapieforschung, Effektivität, Effizienz, Depression, Emotionsvermeidung, Emotionsexposition, kognitive Selbststeuerung, Therapiekarten

Abstract

Aim of the study

Since outpatient psychiatric-psychotherapeutic care for patients with depression still has to be considered unsatisfactory for various reasons, an efficient, evidence-based form of therapy is evaluated here using therapy cards. The theoretical basis of the treatment form is the Strategic Behavioral Therapy (SBT), which considers depression as an avoidance strategy of intense emotions and coupled action impulses, which is maintained by negative reinforcement. The therapeutic strategy is to overcome the avoidance behavior by exposure of the avoided emotions (reinforcement of desired behavior, eradication of unwanted behavior), so that the depressive symptomatology becomes superfluous. As a result, through cognitive self-control and improved emotional competence, the patient learns to deal with emotions and their consequences more functionally.

Methods

The therapy study was conducted as a field study in the outpatient setting of regular behavioral psychotherapies. The therapists worked with therapy cards that contained all the information needed to perform each intervention. Only evidence-based interventions were used. Two therapy groups were examined: a short-term therapy group (n = 77) with 24 weekly sessions and six further monthly maintenance sessions, and a long-term therapy group (n = 79) with 44 weekly sessions. Both groups received a final catamnestic session six months after the end of therapy.

Results

It has been shown that most of the outpatients of the short-term therapy group achieved a maximum effect already after 24 sessions, which could not be increased any further and has remained constant for the most outpatients even after completion of the therapy. The outpatients of the long-term therapy group did not differ statistically from the outpatients of the short-term therapy, but there were individual, clinically relevant deviations. Therapists of long-term therapy assessed their outpatients in some cases worse than the outpatients themselves. There was a medium to strong link between the reduction of depression and functionality of emotion regulation. Differential and predictive factors are investigated and discussed exploratively.

Conclusion

Psychiatric short-psychotherapy (PKP) seems likely to achieve maximum therapeutic effect in the treatment of depressive syndromes in a short time. It is therefore particularly suitable for treatment settings in which a regular psychotherapy is not available or the treatment resources are severely limited.

Keywords

Psychiatric short-psychotherapy (PKP), psychotherapy research, effectiveness, efficiency, depression, emotion avoidance, emotion exposure, cognitive self-control, therapy cards

1. Einleitung

Depressive Erkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit und scheinen in den letzten Jahren weiter zuzunehmen (WHO, 2017). Gleichzeitig stehen immer mehr wirksame psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung (Hautzinger, 2013). Dennoch muss die Versorgung von an Depression erkrankten Patienten als unzureichend angesehen werden (Wittchen, Jacobi, Klose & Ryl, 2010). Lange Wartezeiten auf Psychotherapieplätze (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011), unzureichende ambulante psychiatrische Versorgung (Melchinger, 2008), kaum psychotherapeutische Interventionen außerhalb von Richtlinien-Psychotherapien (Sulz, 2012) sowie unzureichende Compliance bzw. Kompetenz seitens der Behandler (Schwartz & Flowers, 2015) führen dazu, dass immer noch zu viele Patienten de facto keine ausreichende evidenzbasierte psychotherapeutische bzw. psychiatrische Versorgung erhalten (Kanter, Busch, Weeks & Landes, 2008; Deckert, 2014).

Hinzu kommt der historische Streit in der Psychotherapie-Forschung zwischen Wissenschaftlern und Praktikern, zwischen Ärzten und Psychologen, zwischen verschiedenen Facharztgruppen, zwischen verschiedenen Therapieschulen, zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern und vielen anderen mehr (Sulz, 2017b; Westen, 2015). Dieser Streit belebt auf der einen Seite die erkenntnisfördernde Kontroverse, aus der sich immer wieder neue Theorien und Hypothesen ergeben, was ja der Motor jeder wissenschaftlichen Unternehmung ist. Auf der anderen Seite bindet der Streit, sobald er dogmatisch wird (und das wurde und wird er in vielen Fällen), viele Ressourcen, die dann in der Versorgung und der Forschung fehlen oder mehr berufspolitischen Interessen dienen, als wissenschaftlichem Erkenntnisgewinn bzw. guter Patientenversorgung (Sulz, 2015; Strauß, 2019).

Die umfassenden Forschungsergebnisse zur psychotherapeutischen Behandlung von depressiven Erkrankungen haben eine Vielzahl an effektiven Behandlungsmöglichkeiten hervorgebracht (Hautzinger, 2013). Diese folgen der Komplexität des Störungsbildes naturgemäß recht unterschiedlichen Strategien. Dabei haben sich Methoden etabliert, die sich seit Beginn der Forschung bewährt haben, wie z.B. die klassische und die operante Konditionierung auf Basis der Verstärker-Verlust-Theorie (Lewinsohn, 1974), die bis heute zur Standardanwendung antidepressiver Strategien gehören oder die Methoden der verschiedenen kognitiven Therapien (z.B. Beck, 1979; Ellis, 2008; Meichenbaum, 1977), basierend auf der Kognitiven Theorie der Depression, die ebenfalls bis heute zum Standardrepertoire antidepressiver Interventionen gehören. Außerdem haben sich in den letzten Jahren im Zuge der sog. „Dritten Welle der Verhaltenstherapie“ (Sulz & Hauke, 2010) weitere teils sehr unterschiedliche Ansätze entwickelt und als effektiv erwiesen, wie z.B. die Strategische Depressionstherapie (Gräff-Rudolph & Sulz, 2009), die Akzeptanz und Commitment-Therapie (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; McCullough, 2007) oder die Metakognitive Therapie der Depression (Wells, 2011).

Des Weiteren gab es auch mehrere fruchtbare Versuche, störungsübergreifende Modelle zu entwickeln, unter denen auch depressive Erkrankungen effektiv behandelt werden können, wie z.B. die Psychologische Therapie (Grawe, 1998), die Selbstmanagement-Therapie (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012) oder die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT; Sulz, 1998a, b, 2011; Sulz & Hauke, 2009; Hebing, 2012).

Eine besondere Stellung im Zuge der Diversifizierung der unterschiedlichen Behandlungsansätze nahm in den letzten Jahren die Erforschung emotionaler Prozesse in der Pathogenese und Psychotherapie der Depression ein (z.B. Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2007; Greenberg, 2000; Sulz, 2000a, 2010; Sulz & Lenz, 2000; Sulz & Sulz, 2005; Hauke & Dall’Occhio, 2014). Das Forschungsfeld der Emotionen hat in den letzten Jahrzehnten deutlich an Komplexität und Intensität zugenommen (Izard, 1994) und stellt damit eine wesentliche Erweiterung psychotherapeutischer Interventionen neben dem weiten Feld kognitiver und verhaltensorientierter Interventionen dar. Die emotionsfokussierten Therapieformen sind ein wesentlicher Motor der dritten Welle der Verhaltenstherapie. Dabei werden Emotionen definiert als ein biopsychologisches System, das dem Individuum schnelle Reaktionen auf Umweltreize ermöglicht (Damasio, 2010). Die Funktionen dabei sind die Bewertung, die Verhaltensvorbereitung sowie die Kommunikation (Sokolowski, 2002). Man geht heute davon aus, dass ein rationales Handeln immer auch auf emotionaler Verarbeitung beruht. LeDoux (1996) postulierte zwei Routen der Informationsverarbeitung, die bei der Emotionsregulation relevant sind: eine schnelle, affektive, monosynaptische Route, die durch den Reiz ausgelöst über den Thalamus direkt zur Amygdala führt und schnelle (autonome und endokrine), aber grobe Reaktionen auslöst sowie eine langsamere, komplexere Route über kortikale Regionen und den Hippocampus zur Amygdala. Diese zweite Route erlaubt präzisere, kognitive Bewertungen der Reize. Die Amygdala erhält also zeitversetzt Informationen vom Thalamus, vom Cortex und vom Hippocampus und projiziert auch rückwärtsgerichtet auf den Cortex und den Hippocampus, was eine Beeinflussung der emotionalen Prozesse erlaubt und damit Ansatzpunkt für therapeutische Interventionen ist. Eine Therapie der Depression ohne Berücksichtigung emotionaler (pathologischer) Prozesse muss also unvollständig bleiben. Sulz (2017a) sieht in der Emotionsregulation eine wesentliche Voraussetzung für eine funktionale und gesunde Lebensgestaltung und die daraus resultierende Selbstwirksamkeit (Bandura, 1971). Die therapeutische Strategie der Emotionsexposition bildet die Grundlage der hier untersuchten Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP; Sulz & Deckert, 2012 a, b), die davon ausgeht, dass Depression durch emotionale Dysregulation entsteht, die durch negative Verstärkung (Vermeidung aversiver Konsequenzen) aufrechterhalten wird.

Die zunehmende Vielfalt antidepressiver Behandlungsmöglichkeiten hat leider nicht zu einer besseren Versorgung von Patienten mit Depression geführt. Eine mögliche Ursache dafür ist, dass es außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie kaum zu psychotherapeutischen Interventionen kommt (Sulz, 2012). Dies ist natürlich auch der Tatsache geschuldet, dass ein niedergelassener Psychiater durchschnittlich nur 30 Minuten Behandlungszeit pro Patient und pro Quartal zur Verfügung hat (Melchinger, 2008). Daher ist es erforderlich, Technologien zu entwickeln, die nicht nur dem Anspruch der Effektivität, also der antidepressiv wirkungsvollen Behandlung, sondern auch dem Anspruch der Effizienz, also der schnellen und ökonomischen Behandlung, gerecht werden. Die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP; Sulz, 2012) strebt genau diese Ziele an: effektive und effiziente Behandlungsstrategien für eine Vielzahl an realen Behandlungssituationen bereitzustellen. Der PKP der Depression (Sulz & Deckert, 2012, a, b) geht es dabei nicht um die Einführung gänzlich neuer Erklärungsansätze zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung depressiver Erkrankungen, sondern um die Bündelung bereits etablierter, evidenzbasierter psychiatrischer und psychotherapeutischer Methoden in Form von Sprechstundenkarten (SSK), die systematisch, konsistent und leitlinienkonform aufeinander aufbauen. Dabei wird weder die therapeutische Kunst bzw. Freiheit eingeschränkt,

noch der individuelle Krankheitsverlauf ignoriert wie es oft bei manualisierten Therapieformen der Fall ist. Therapieverläufe sind stark von Patienten-, Therapeuten-, Setting- und anderen Faktoren abhängig, die nur schwer oder gar nicht vorhergesehen werden können (Strauß, 2019). Manual-Therapien bieten oft keine geregelte Anpassung an solch unvorhergesehene Einflüsse, was entweder zum unkontrollierten Verlassen des Manuals oder zum Ignorieren individueller Bedürfnisse führt. Nur in Notfällen und akuten Krisen sehen Manuale ein Abweichen vor. Die PKP ist sehr flexibel in ihrer Anwendung und bietet den Behandlern und Patienten immer die Möglichkeit, variabel, individualisiert und dennoch zielstrebig vorzugehen. So kann z.B. eine Intervention einer SSK in zehn Minuten durchgeführt werden und in eine 20-minütige Visite oder Sprechstunde integriert werden. In der nächsten Visite bzw. Sprechstunde erfolgt dann die nächste Intervention. Somit ist gewährleistet, dass die Therapie kurz, konsistent und evidenzbasiert ist und bleibt. Auch ermöglicht die PKP, in verschiedenen Settings (ambulant/stationär, Einzel/Gruppe, innerhalb von Teams (z.B. in Kliniken oder Institutsambulanzen), psychiatrische/psychosomatische Visite/Sprechstunde), eine fachübergreifende, konsistente Behandlung durchzuführen (medizinisches, psychologisches und Pflegepersonal).

Patienten, Ärzte und Therapeuten haben oft spezifische Wünsche, Bedürfnisse, Vorstellungen und Überzeugungen, was das konkrete Behandlungsregime betrifft. Aufgrund des Rechtes zur Selbstbestimmung und der einzigartigen Erfahrungskompetenz des Arztes bzw. des Therapeuten sowie der Individualität des Patienten erscheint es indiziert, Therapien zu entwickeln, die diesen, die Genesung fördernden Prozessen Rechnung tragen. Jedoch zeigt sich auch oft, dass subjektive Entscheidungen massiv fehlerbehaftet sein können, sowohl bei Laien als auch bei Experten (Bias-Forschung). Daher ist es wichtig, die Freiheit und Selbstbestimmung der beteiligten Personen durch einen evidenzbasierten Rahmen zu stützen und zu schützen.

Eine weitere Herausforderung bei der Erforschung und Behandlung depressiver Syndrome besteht darin, dass die Krankheit Depression ein komplexes Störungsbild darstellt (Hautzinger, 2013). Zwar gibt es Interventionen, die man bei depressiven Erkrankungen quasi immer empfehlen kann (z.B. psychoedukative Interventionen, Aufbau positiver Aktivitäten), aber es gibt kaum für alle Patienten objektivierbare ätiologische und kurative Gemeinsamkeiten (multifaktorielles Bedingungsgefüge). Viele Faktoren können Depressionen begünstigen, verursachen, auslösen und aufrechterhalten, so dass es dringend erforderlich ist, den für psychiatrische und insbesondere psychotherapeutische Behandlungen typischen dogmatischen Überbau zu überwinden und die Möglichkeit einer maßgeschneiderten und konsequent evidenzbasierten Behandlung zu schaffen (Wampold, Imel & Flückinger, 2018).

Die PKP, die therapietheoretisch auf der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT; Sulz, 1998a, b, 2011; Sulz & Hauke, 2009; Hebing, 2012) aufbaut, welche sich aus der Strategischen Kurzzeittherapie (Sulz, 1994) entwickelt hat, versucht, all diese Herausforderungen zu bewältigen und zu integrieren. Zum einen werden ausschließlich Interventionen verwendet, die den Leitlinien und der evidenzbasierten Medizin (EBM) bzw. evidenzbasierten Psychotherapie (EBP) entsprechen. Zum anderen enthält die PKP alle notwendigen Werkzeuge, um den sozialversicherungs- und behandlungsrechtlichen Anforderungen zu genügen. Die Sprechstundenkarten (SSK) enthalten alle Informationen, die der Therapeut und der Patient zu dem jeweiligen Zeitpunkt benötigen. Dabei bauen die Interventionen systematisch im Rahmen eines durchgängigen Therapiekonzepts aufeinander auf. Es ist jedoch dem Therapeuten und

dem Patienten in Abhängigkeit von der konkreten Therapiestrategie und vom individuellen Störungsverlauf überlassen, welche Route sie durch das Kartenset nehmen. Dies folgt der grundsätzlichen Idee der SBT, dass der Patient durch die depressiven Symptome eine bestimmte (dysfunktionale) Strategie verfolgt, um das psychische Gleichgewicht aufrechtzuerhalten und subjektives Leiden zu minimieren. Die therapeutische Kernfrage lautet also: Was versucht der Patient durch die Symptombildung zu erreichen und wie sieht die gesunde, funktionale Alternative aus? Im Fall der Depression wird vermutet, dass der Patient in der Regulation seiner (meist) negativen Emotionen überfordert ist und befürchtet, dass den emotionalen Impulsen noch schlimmere Konsequenzen folgen, wie z.B. Konflikte (Wut), Bedrohungen (Angst) oder Verluste (Trauer). Folglich vermeidet er diese Konsequenzen (negative Verstärkung) und muss dafür Emotionen unterdrücken, die zur Bewältigung der Konsequenzen hilfreich wären (Suppression). Kurzfristig hat er Erfolg mit dieser Strategie, langfristig führt es jedoch zur depressiven Erkrankung mit den typischen depressiven Symptomen wie z.B. gedrückter Stimmung, Antriebs- und Interessenverlust, Freudlosigkeit, Selbstwertproblemen, innerer Leere (Gefühl der Gefühllosigkeit), sozialem Rückzug, erlernter Hilflosigkeit, sozialer und emotionaler Inkompetenz und in der Folge zu einer pathologischen, dysfunktionalen Beziehungs- und Lebensgestaltung. Die Strategie der Therapie besteht dann darin, den Patienten wieder an seine vitalen Emotionen heranzuführen und ihn damit zu konfrontieren, die emotionalen Prozesse mental zu reflektieren und dabei einen funktionalen Umgang mit den Emotionen zu lernen, so dass die Depression überflüssig wird.

In der durchgeführten Psychotherapie-Studie wurde in einem naturalistischen Setting die Wirksamkeit der PKP der Depression auf ihre antidepressive Wirksamkeit und die Effizienz der Behandlung hin untersucht. Das quasi-experimentelle, nicht randomisierte Studiendesign entsprach den Bedingungen ambulanter psychotherapeutischer Versorgung und lieferte somit eine hohe externe Validität, jedoch auf Kosten von interner Validität, die in Studien dieser Art naturgemäß niedriger ausfällt, als in kontrollierten Laborstudien. Die Berücksichtigung aller potentieller Fehlerquellen (z.B. Urlaub, Krankmeldungen, therapeutische (Non-)Compliance, zusätzliche Behandlungen) ist weder möglich noch in diesem Rahmen erwünscht, da die konkrete Behandlungssituation ebenfalls mit einer Vielzahl an Fehlerquellen konfrontiert ist und damit arbeiten muss (Castonguay et al., 2013)

In der vorliegenden Arbeit soll zunächst ein grober Überblick über den Stand der Psychotherapieforschung gegeben werden. Daraufhin wird auf die Komplexität depressiver Erkrankungen eingegangen. Zuerst soll die Psychopathologie, d.h. die klinische Erscheinungsform der depressiven Erkrankungen dargestellt werden. Danach wird auf die Häufigkeit und Verbreitung depressiver Erkrankungen eingegangen (Epidemiologie) sowie die Entstehung (Ätiopathogenese) depressiver Erkrankungen. Schließlich wird auf den aktuellen Stand der Diagnostik und Behandlung eingegangen. In der Folge wird die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) vorgestellt und deren Anwendung bei der Behandlung depressiver Erkrankungen sowie die hier untersuchten Forschungsfragen. Daraufhin werden Methodik und Ergebnisse der Studie dargestellt sowie deren Implikationen diskutiert.

2. Die Wissenschaft der Psychotherapie

Die wissenschaftliche Erforschung psychotherapeutischer Prozesse und Systeme ist in der Verhaltenstherapie seit jeher eine Selbstverständlichkeit (Jacobi & Reinecker, 2018). Die Tatsache, dass dies immer noch explizit erwähnt werden muss, ist der nach wie vor recht jungen Wissenschaft der Psychologie insgesamt und der Tatsache geschuldet, dass die Komplexität und die Natur der menschlichen Psyche und ihrer Störungen ungleich schwerer zu erforschen sind, als alles andere je Erforschte (Parfy & Lenz, 2018). Dies führte seit jeher zu einem gewissen Rechtfertigungsdruck der Psychotherapie als Wissenschaft. Dabei zeigt sich immer wieder, dass es Diskrepanzen gibt zwischen den Ansprüchen von laborkontrollierten, theoriegeleiteten Therapie-Forschern, die den Menschen am liebsten auf einzelne unabhängige Faktoren reduzieren würden und versorgungsgeleiteten Therapie-Praktikern, die den ganzen Menschen, eingebettet in seine konkrete Umwelt und durchdrungen von all seinen Erfahrungen und kulturellen Einflüssen, vor sich haben (Sulz, 2017b). Darüber hinaus ist leider immer noch zu beobachten, dass viele der empirisch abgesicherten Erkenntnisse zu effektiven und effizienten Behandlungsmethoden in der konkreten Patientenversorgung nicht zur Anwendung kommen (Margarf, 2018). In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, warum so viele Therapeuten nicht das tun, was sie tun sollen (Schwartz & Flowers, 2015). Im Folgenden wird daher zunächst auf allgemeine und depressionsspezifische Therapieforschungsmethoden und –ergebnisse eingegangen, um den forschungsrelevanten Rahmen in dem sich psychotherapeutische Methodologie bewegt, grob abzustecken.

Grundsätzlich wird gefordert, dass eine empirische Psychotherapie-Studie den allgemeinen Ansprüchen experimenteller Forschung genügen muss, nämlich bedeutsame Phänomene und angenommene Wirkfaktoren zu definieren und in systematische Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zu integrieren und zu evaluieren (Jacobi & Reinecker, 2018). Dabei wird auch akzeptiert, dass es aufgrund der hohen Komplexität psychotherapeutischer Prozesse eine Vielzahl an Fehlerquellen gibt, die Einfluss nehmen auf interne und externe Validität der Ergebnisse. Jedoch ist es wichtig, diese Fehlerquellen im Rahmen der Messfehler-Theorie so gut wie möglich zu kontrollieren, ohne dabei künstliche Settings zu schaffen, die so in der realen Versorgung nicht vorkommen (Castonguay et al., 2013). Diese Forderung ist legitim, stößt jedoch bei der Erforschung von Psychotherapie immer wieder an Grenzen, da diese üblicherweise in einem schwer kontrollierbaren, natürlichen Setting stattfindet. Daher ist das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis, zwischen Forschung und Versorgung seit jeher ein schwieriges Verhältnis (Strauß, 2019; Sulz, 2017b), da beide Seiten teils ganz unterschiedliche Methoden und Perspektiven verwenden, die sich im besten Fall komplementär ergänzen, die sich aber auch gegenseitig ausschließen oder gar widersprechen können. Trotzdem wurde gezeigt, dass Psychotherapie-Studien in der Praxis ähnlich wirksam sind, wie Laborstudien, die *lege artis* (randomised controlled trial (RCT) und möglichst verblindet) durchgeführt wurden (Wampold, Imel & Flückinger, 2018; Lutz, Neu & Rubel, 2019). Dennoch muss dieser wissenschaftstheoretisch und –praktisch wichtige Streit innerhalb der Psychotherapie-Forschung im Rahmen von Psychotherapie-Studien immer berücksichtigt werden, da er sowohl die Datenerhebung als auch die Datenauswertung und –interpretation beeinflussen kann.

Dabei ist auch eine der zentralen Fragen, was genau die Wirkung bei Psychotherapie verursacht (Lambert, 2013). Es werden sowohl allgemeine Faktoren angenommen, die in allen Therapieformen ihre Wirkung entfalten können, als auch spezifische Faktoren, die gezielte

Wirkung im Rahmen der jeweiligen Intervention entfalten können (Wampold, Imel & Flückinger, 2018).

Was die Wirkfaktoren von Psychotherapie betrifft, haben sich nach Grawe (1998) fünf allgemeine Wirkfaktoren herausgestellt: die therapeutische Beziehung, die motivationale Klärung, die Problemaktualisierung, die Ressourcenaktivierung sowie die Problembewältigung. Orlinsky und Howard (1987) hingegen beschreiben in ihrem Generic Model of Psychotherapy folgende allgemeine Wirkfaktoren: therapeutic contract, therapeutic operations, therapeutic bond, self-relatedness und in-session impacts. Weinberger (1995) nennt seinerseits folgende allgemeine Wirkfaktoren: die therapeutische Beziehung, Wirksamkeitserwartung an die Therapie, Exposition, Problembewältigung und Zuschreibung des Ergebnisses. Schon diese Gegenüberstellung zeigt, dass es schwierig ist, ein allgemeines Modell der Psychotherapie aufzustellen, in dem alle Wirkfaktoren berücksichtigt werden. Grawe (1998) fordert genauso wie Margraf (2018) und Sulz (2017b), die Verhaltenstherapie als eine Psychotherapie mit psychologischen Mitteln in Abgrenzung zur pharmakologischen Therapie zu sehen. Die PKP schlägt auch hier eine Brücke zwischen dem medizinisch-psychiatrischen und dem psychologischen Zugang zur Psychotherapie. Diese allgemeinen Wirkfaktoren sind immer mehr oder weniger aktiv, unabhängig vom Störungsbild.

Spezifische Wirkfaktoren hingegen beziehen sich eher auf bestimmte Störungsbilder bzw. auf einzelne isolierte Wirkfaktoren, wie sie in sog. Efficacy-Studien untersucht werden. Im Bereich der depressiven Erkrankungen sind wichtige spezifische Wirkfaktoren z.B. positive Verstärkung, Überwinden der Resignation, Aufbau und Stabilisierung des Selbstwertes, Abbau erlernter Hilflosigkeit, Erlernen einer funktionalen Emotionsregulation (insb. durch Neubewertung von Emotionen und durch Aufgeben der Emotionsunterdrückung) sowie kognitive und metakognitive Interventionen. Die PKP bringt möglichst viele dieser spezifisch antidepressiven Interventionen, die alle als empirisch bewährt gelten, in einem flexiblen System zusammen, um in konkreten Versorgungssituationen wissenschaftlich fundierte Interventionen an die Hand zu geben. Sie stellt kein grundsätzlich neues Therapieverfahren dar, sondern eine neue Technik der Psychotherapie, indem das therapeutische Vorgehen ganz konkret im Sinne eines Leitfadens dargestellt und verfügbar gemacht wird („Was ist zu tun?“). Somit sollen die Kunst und die Wissenschaft der Psychotherapie zusammengebracht werden, da sich gezeigt hat, dass es langfristig für den Therapieerfolg entscheidend ist, dass dem Therapeuten evidenzbasiertes Wissen zur Verfügung steht (Sulz, 2017b) und dieses vom Therapeuten auch korrekt auf den Einzelfall angewendet wird (Beutler et al., 2003).

Faktoren, die den Patienten schaden bzw. den Zustand verschlechtern und Faktoren, die für ein Nichtansprechen auf die Behandlung ursächlich sein könnten (Kraus et al., 2011), sind in den letzten Jahren ebenso in den Fokus des Forschungsinteresses geraten (Strauß, 2019; Lutz, Neu & Rubel, 2019) wie Faktoren, die die Person des Therapeuten betreffen (Okiishi, Lambert, Nielsen & Ogles, 2003; Wampold, Imel & Flückinger, 2018). Insgesamt hat diese an sich erfreuliche Diversifizierung und Quantifizierung psychotherapeutischer Forschung aber auch dazu geführt, dass etablierte Evidenz unter Umständen keine Berücksichtigung mehr findet (Strauß, 2019). In der hier vorgestellten Studie wurden Patienten mit instabilem Verlauf, bzw. Patienten, die sich verschlechterten ebenfalls untersucht und mögliche Ursachen dafür exploriert. Das aufkommende Interesse an spezifischen Therapeutenvariablen wurde hier noch nicht gezielt berücksichtigt.

Eine zweite zentrale Frage ist die Frage nach der Möglichkeit, die Psychotherapie überhaupt mit verfügbaren wissenschaftlichen Methoden zuverlässig und valide zu erfassen. Hierbei ist das Scientist-Practitioner-Modell von Kanfer (1990) relevant, das den Psychotherapeuten als praktizierenden Wissenschaftler begreift bzw. die Psychotherapie als eine Mischform aus Wissenschaft und Praxis. Für den Sonderfall der Verhaltenstherapie mit dem wissenschaftlichen Anspruch, evidenzbasiert, hypothesengeleitet, effektiv und effizient Menschen mit psychischen Störungen zu behandeln, könnte man auch sagen: Psychotherapie ist Wissenschaft. Teil des Heilungsprozesses sind die Grundprozesse, die jeglicher Wissenschaft immanent sind: zu beschreiben (Diagnostik), zu verstehen (Psychoedukation), zu beeinflussen (Intervention) und vorherzusagen (Prognostik). Die PKP begreift sich als Psychotherapie, die diese wissenschaftlichen Herausforderungen von praktischer Seite her annimmt und ihrerseits die Kollegen in den Experimentallabors der Universitäten und Institute auffordert, den ganzen Gegenstand ihrer Forschung („den Menschen in seiner Gesamtheit“) anzunehmen, um die Interaktionseffekte der verschiedenen Teile auch zu erforschen („das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“). Schon länger wird gefordert, praxisorientierte Psychotherapie-Forschung durchzuführen, die „nicht durch das Diktat der Kontrolle potentieller Einflussfaktoren verwässert wird, wie dies in randomisiert kontrollierten Studien in der Regel der Fall ist“ (Strauß, 2019). Hierbei wird auch von einem „empirischen Imperialismus“ gesprochen (Castonguay et al., 2013), bei dem von Forschern, die selbst nur wenige Patienten pro Woche behandeln, entschieden wird, was erforscht werden soll und wie es untersucht wird.

Eine umfassende Darstellung der Psychotherapie-Forschung würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen. Für das Konzept der PKP sind neben den bisher beschriebenen Konzepten folgende Modelle und Ansätze relevant: das biopsychosoziale Modell, das traditionell in der medizinischen (ärztlichen) Psychotherapieforschung Anwendung findet (Engel, 1977), das systemtheoretische Modell der Selbstregulation (Kanfer et al., 2012), das kognitive Modell (Beck, 1974; Ellis, 2008; Meichenbaum, 1977), die dritte Welle der Verhaltenstherapie (Sulz & Hauke, 2010), das strategische Modell (Sulz & Hauke, 2009) sowie die konkrete ambulante Versorgungssituation (z.B. SGB, Leitlinien, evidenzbasierte Medizin, evidenzbasierte Psychotherapie, Behandlungskontingente, Wartezeit, Kostendruck).

Von Jacobi und Reinecker (2018) wurde gefordert, das Ausmaß der Behandlungsintegrität anzugeben. Dies ist in naturalistischen Studien wie dieser nur bedingt möglich. In der vorliegenden Arbeit wurde die Behandlungsintegrität der Studientherapeuten durch regelmäßige Supervision kontrolliert, jedoch wurde den Therapeuten auch viel Gestaltungsspielraum gegeben, um die Therapieprozesse optimal den Bedingungen des Patienten anzupassen. Die Therapeuten dokumentierten auf einem Protokollbogen (siehe Anhang), in welcher Therapiesitzung sie welche Sprechstundenkarte(n) verwendeten. Somit wurde kontrolliert, dass die Therapeuten auch tatsächlich innerhalb der PKP behandelten. Auf systematische Videoaufzeichnungen bzw. –auswertungen wurde aus Gründen des Datenschutzes, der Ressourcenlimitierung sowie einer möglichen Beeinflussung verzichtet. Hierzu gehört auch die Kontroverse um die Generalisierbarkeit von laborkontrollierten Studien, in denen durch Randomisierung und strenge Auswahlkriterien schon vielfach Patienten herausgefiltert werden (Jacobi und Reinecker, 2018; Lutz, Neu & Rubel, 2019). In dieser Studie wurde auf die Randomisierung verzichtet und die Patienten kamen solange in die LZT-Gruppe,

bis diese ausreichend groß war, um mit der bereits vorliegenden (historischen) Stichprobe der KZT-Gruppe verglichen zu werden.

Ein weiterer kritischer Punkt in der Psychotherapieforschung ist die Frage, wie Therapieerfolge gemessen werden können. Lange Zeit galt nur die statistische Signifikanz in Form von Mittelwertsdifferenzen als Maß der Effektivität. Heute wird immer mehr Augenmerk auf die klinische Signifikanz bzw. Relevanz der Ergebnisse gelegt (Jacobi und Reinecker, 2018). Zunächst wurde gefordert, dass Veränderungen auf verschiedenen Ebenen erfasst werden sollen (Schulte, 1993). Dabei geht es nicht nur um zentrale, störungsspezifische Parameter, in diesem Fall das Ausmaß der depressiven Symptomatik und das Vorliegen einer depressiven Erkrankung, sondern auch um sekundäre Parameter, wie z.B. Anzahl der Krankheitstage, Ausmaß der emotionalen Dysregulation oder Erleben der Veränderung aus Sicht des Patienten. Die möglichst breite Erfassung und Untersuchung des Outcomes wird auch grundsätzlich gefordert, da sich die Psychotherapieforschung nach wie vor in einem Ausdifferenzierungsprozess befindet und daher mögliche therapierelevante Parameter aufzufindig gemacht werden sollen (Jacobi und Reinecker, 2018). In der vorliegenden Studie wurden jedoch nur diagnostische Routine-Instrumente eingesetzt, um das naturalistische Setting nicht zu verzerren. Des Weiteren soll festgelegt werden, wie die klinische Relevanz der Ergebnisse definiert ist. Eine vorgeschlagene Einteilung ist die Einteilung in Remission, Response, Non-Response und verschlechtert. Damit sollen auch möglichen Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Schließlich gibt es eine kontroverse Debatte innerhalb der Psychotherapie-Wissenschaft, wie lange eine Therapie zu dauern hat (Dosis-Wirkungs-Effekte; Aufwand-Wirkungs-Modell) bzw. was in welcher Zeit erreicht werden kann (Sulz, 1994). Howard et al. (1986) konnten zeigen, dass ca. 75% der Patienten eine klinisch relevante Verbesserung bereits nach 26 Stunden erreicht hatten und dieser Anteil sich nicht wesentlich verbesserte durch weitere Stunden. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Lambert, Hansen und Finch (2001). Bisher konnten noch keine klaren Empfehlungen gegeben werden, welcher Patient mit welcher Störung wie viel Psychotherapie benötigt, jedoch scheint es so, dass bei den meisten der Patienten der Großteil der therapeutischen Veränderung nach 20-30 Stunden erreicht ist (Jacobi & Reinecker, 2018). Es wird jedoch auch zunehmend diskutiert, ob dieser Befund auch dadurch zustande kommt, dass schnell profitierende Patienten die Therapie früher beenden und langsam profitierende Patienten länger in der Therapie verbleiben (Good-Enough-Level-Modell; Barkham et al., 2006). Dies könnte erklären, warum die Mehrheit der Patienten schnell ein Wirkungsmaximum erreicht. In der ambulanten Versorgungssituation in Deutschland wird die Erforschung des Dosis-Wirkungs-Zusammenhangs dadurch erschwert, dass das System bestimmte Kontingente für die Therapiedauer vorgibt, was einen wesentlichen Einfluss auf den Therapieverlauf haben dürfte (Lutz, Neu & Rubel, 2019). Auch diese Befunde sollen hier durch den Vergleich einer Kurzzeittherapie mit einer Langzeittherapie überprüft werden.

3. Depressive Erkrankungen

3.1 Psychopathologie

Die Depression zeichnet sich durch eine große Vielzahl und Heterogenität der psychopathologischen Symptome aus (Hautzinger, 2013). Dabei steht das Kardinalssymptom der gedrückten Stimmung bzw. Niedergeschlagenheit im Mittelpunkt. Viele Patienten berichten außerdem von einem Gefühl der Gefühllosigkeit. Diese Symptome sind Hinweise darauf, dass die Pathologie der Depression auf einer dysfunktionalen Emotionsregulation beruhen könnte. Außerdem sind häufige Symptome die Antriebsminderung bzw. der Antriebsverlust sowie eine Freudlosigkeit bzw. der Verlust von üblicherweise als angenehm empfundenen Interessen. Auch hier zeigt sich die Verbindung zur Dysregulation emotionaler Prozesse. Darüber hinaus zeigt sich bei der Depression eine Vielzahl teils sehr unterschiedlicher Symptome, was sowohl die Klassifikation als auch die Diagnostik erschwert. Diese Symptome können sein: Verzweiflung, innere Leere, Angst, Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühle, Pessimismus, Konzentrationsschwierigkeiten, Grübeln, Suizidgedanken, sozialer Rückzug, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit oder –steigerung, Selbstvorwürfe, Zukunftsangst und viele andere mehr. Man hat versucht, die Vielfalt der psychopathologischen Erscheinungsformen der Depression sinnvoll zu klassifizieren, ist dabei aber immer wieder zu einem unzufrieden stellenden Ergebnis gekommen (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015).

Hautzinger (2013) stellt ein Orientierungsschema zur psychopathologischen Diagnostik bereit, verweist jedoch auf die große Heterogenität der Symptome und der Symptom-Konstellationen, was eine sorgfältige Diagnostik erforderlich mache. Tabelle 1 listet einige dieser Symptome überblicksartig auf.

Tabelle 1

Depressive Symptome (mod. nach Hautzinger, 2013)

Verhalten	Emotion	Physiologie	Kognition	Motivation
Hemmung	Niedergeschlagenheit	Innere Unruhe	Negativismus	Orientierung
Kraftlosigkeit	Hilflosigkeit	Erregung	Pessimismus	an Misserfolg
Agitiertheit	Trauer	Spannung	Selbstkritik	Rückzug
Traurige Mimik	Hoffnungslosigkeit	Reizbarkeit	Selbst-	Flucht und
Leise Stimme	Einsamkeit	Weinen	unsicherheit	Vermeidung
Verlangsamung	innere Leere	Schlafstörungen	Verminderte	Verlust von
Stupor	Unzufriedenheit	Stimmungs-	Konzentration	Interesse und
u.a.	Schuld	schwankungen	Grübeln	Verstärkung
	Feindseligkeit	Appetitverlust	Wahn-	Antriebs-
	Angst und Sorgen	Libidoverlust	vorstellungen	losigkeit
	Gefühl der	u.a.	Suizid-	Suizid
	Gefühllosigkeit		gedanken	u.a.
	u.a.		u.a.	

Es wurden auch Versuche unternommen, die verschiedenen Krankheitsformen nach Verlaufsform, Schwere, Persistenz sowie somatischer und psychotischer Zusatzsymptome zu

klassifizieren. Das ICD-10 (Dilling et al., 2016) klassifiziert folgende affektive Störungen (Abbildung 1).

F30 Manische Episode	F33 Rezidivierende depressive Störung
F30.0 Hypomanie	F33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F30.1 Manie ohne psychotische Symptome	F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen	F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F30.8 Sonstige manische Episoden	F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F30.9 Manische Episode, nicht näher bezeichnet	F33.4 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
	F33.8 Sonstige rezidivierende depressive Störung
F31 Bipolare affektive Störung	F33.9 Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet
F31.0 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode	
F31.1 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	F34 Anhaltende affektive Störungen
F31.2 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	F34.0 Zyklothymia
F31.3 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	F34.1 Dysthymia
F31.4 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	F34.8 Sonstige anhaltende affektive Störungen
F31.5 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	F34.9 Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F31.6 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode	
F31.7 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert	F38 Andere affektive Störungen
F31.8 Sonstige bipolare affektive Störungen	F38.0 Andere einzelne affektive Störungen
F31.9 Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet	F38.1 Andere rezidivierende affektive Störungen
	F38.8 Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen
F32 Depressive Episode	
F32.0 Leichte depressive Episode	F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung
F32.1 Mittelgradige depressive Episode	
F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	
F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	
F32.8 Sonstige depressive Episode	
F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	

Abbildung 1. Klassifikation affektiver Störungen nach ICD-10.

In dieser Studie sind die affektiven Störungen von Interesse, die eine primär depressive Ätiologie aufweisen. Folglich wurden bipolare affektive Störungen, Zyklothymia und andere affektive Störungen ausgeschlossen, die Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10: F43.20/.21) jedoch wurde eingeschlossen, auch wenn sie klassifikatorisch den reaktiven Störungen zugeordnet wird.

Hinsichtlich der (differential-)diagnostischen Klassifikation depressiver Erkrankungen bieten die heute üblichen Systeme zuverlässige Entscheidungsprozesse hinsichtlich Schwere, Verlauf und Persistenz der Erkrankung, die jedoch noch nicht flächendeckend Anwendung finden (Wittchen et al., 2000), da das rein deskriptive Vorgehen die historisch etablierte ätiologische Dimension ausklammert.

3.2 Epidemiologie

Depressive Erkrankungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt, sowohl in Deutschland als auch europa- bzw. weltweit (Wittchen et al., 2011). Hier liegt der Fokus auf der Situation in Deutschland. Tabelle 2 zeigt die 12-Monats-Prävalenz aus dem Zusatzmodul „Psychische Störungen“ des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98; Wittchen et al., 2000).

Tabelle 2

Prävalenz depressiver Erkrankungen (nach Wittchen et al., 2000)

	Depressive Erkrankung	Major Depression	Depressive Episode	Rezidivierende depressive Störung	Dysthyme Störung
Gesamt	10.9%	8.3%	4.3%	4.0%	4.5%
18-29 Jahre	9.5%	8.0%	4.7%	3.4%	2.7%
30-39 Jahre	9.7%	7.5%	3.1%	4.4%	3.8%
40-49 Jahre	12.4%	9.8%	5.4%	4.4%	5.3%
50-65 Jahre	11.6%	8.1%	4.2%	3.9%	5.7%
Frauen	14.2%	11.2%	5.1%	6.1%	5.8%
18-29 Jahre	11.5%	9.5%	4.6%	4.9%	3.5%
30-39 Jahre	12.4%	10.0%	3.5%	6.5%	4.7%
40-49 Jahre	16.6%	14.0%	7.2%	6.9%	6.4%
50-65 Jahre	15.6%	11.3%	5.4%	5.9%	7.6%
Männer	7.6%	5.5%	3.4%	2.0%	3.2%
18-29 Jahre	7.5%	6.6%	4.8%	1.9%	1.8%
30-39 Jahre	7.2%	5.1%	2.8%	2.3%	3.0%
40-49 Jahre	8.3%	5.7%	3.7%	2.0%	4.1%
50-65 Jahre	7.4%	4.8%	2.9%	1.9%	3.8%

Demnach leiden knapp 11% der bundesdeutschen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 65 Jahren innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten an einer depressiven Erkrankung. Die Lebenszeitprävalenz liegt deutlich höher, nämlich bei 19% (25% Frauen, 12% Männer). Der Geschlechtsunterschied zeigt sich sowohl in der 12-Monats-Periode als auch über die gesamte Lebenszeit, jedoch nimmt die Häufigkeit der depressiven Erkrankungen bei Frauen im Laufe des Lebens zu. Frauen leiden nicht nur insgesamt häufiger an depressiven Erkrankungen, sondern insbesondere häufiger an rezidivierenden depressiven Störungen und an dysthymen Störungen. Dies deutet daraufhin, dass Frauen eher zu chronischen Verläufen neigen als Männer, die häufiger an einzelnen depressiven Episoden erkranken als an rezidivierenden oder chronischen Verläufen.

Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass 60-75% der depressiven Erkrankungen einen rezidivierenden Verlauf nehmen (Wittchen et al., 2000). Folglich wird es bei der Mehrheit der

Ersterkrankungen mindestens eine weitere depressive Episode geben, durchschnittlich sind es insgesamt sechs Episoden über die gesamte Lebensspanne hinweg. Dabei ist die Dauer der einzelnen Episoden sehr unterschiedlich: ca. die Hälfte der Erkrankungen dauert weniger als 12 Wochen, jeweils ca. ein Viertel der Erkrankungen dauert 3-6 Monate oder mehr als ein Jahr.

3.3 Ätiopathogenese

Die Ursachenforschung der Depression weist mittlerweile eine lange, erfolgreiche Geschichte auf (Hautzinger, 2013). Dabei wurde lange Zeit die medizinische bzw. neurobiologische von der psychologischen bzw. verhaltenstherapeutischen Perspektive unterschieden. Beide Perspektiven konnten wertvolle Erkenntnisse liefern. Mittlerweile geht man von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge für die Entstehung und Aufrechterhaltung von depressiven Erkrankungen aus. Dabei hat sich das biopsychosoziale Modell (Engel, 1977) als Rahmenmodell bewährt. Die dichotome Betrachtung der Depression als entweder biomedizinisch oder psychologisch bedingte Krankheit gilt als überholt. Auch gilt es als schwierig, die Ursachen für die Entstehung einer Depression im Einzelfall aufgrund der Komplexität eindeutig und hinreichend festzustellen (Hautzinger, 2006, 2018; Brakemeier, Schramm & Hautzinger, 2012). Vor diesem Hintergrund muss die Analyse der Entstehung einer Depression immer hypothesengeleitet erfolgen. Tabelle 3 listet beispielhaft verschiedene Risikofaktoren auf.

Modelle, die versuchen, diese Komplexität abzubilden, sind empirisch kaum prüfbar (Hautzinger, 2013). Es ist bei der Entstehung depressiver Erkrankungen immer von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge auszugehen (Wittchen et al., 2000). So können z.B. genetische Prädispositionen (biologische Ursache), eine dependente Persönlichkeit (psychologische Ursache) und ein Partnerverlust durch Unfall (soziale Ursache) zusammenwirken. Nach wie vor gibt es keine einheitliche, evidenzbasierte Theorie zur spezifischen Pathogenese depressiver Erkrankungen. Neben dem biopsychosozialen Modell hat sich das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Wittchen & Hoyer, 2011) zur Erklärung bewährt. Dabei geht man davon aus, dass depressive Erkrankungen durch die Wechselwirkung von Veranlagungen (Vulnerabilität) und akuten bzw. chronischen Stress-Faktoren entstehen. So kann z.B. ein sexueller Missbrauch in der Kindheit die Vulnerabilität nachhaltig erhöhen und später durch einen übergriffigen, ausbeuterischen Chef zu Hilflosigkeit und Überlastung führen, so dass eine depressive Erkrankung entsteht. Bisherige Modelle zur Entstehung depressiver Erkrankungen fokussieren dabei meist mehr oder weniger stark auf biologische, psychologische oder soziale Schwerpunkte und sich daraus ergebender therapeutischer Strategien. Da es eine große Vielzahl an Vulnerabilitäts- und Stressfaktoren gibt und theoretisch unendlich viele Wechselwirkungen, ist es schwierig, die Faktoren sinnvoll zu reduzieren und es zeigt sich bereits bei der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Erkrankungen, wie wichtig ein individualisiertes und maßgeschneidertes therapeutisches Vorgehen ist.

Tabelle 3

Biopsychosoziale Risikofaktoren der Depression (mod. nach Hautzinger, 2013)

Biologische Faktoren	Psychologische Faktoren	Soziale Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Erkrankungen • Funktionseinschränkungen • Suchtmittelfolgen • Organisch bedingte Hirnfunktionsstörung • Genetische Veranlagung • Weibliches Geschlecht • Lebensalter • Schilddrüsendysfunktion • Virusinfektion • Immunschwäche • Fetaler Hypercortisolismus • Erhöhte limbische Reagibilität • Hippocampus-Atrophie • Dysregulation neuromodulatorischer Systeme • Neurochemische Dysfunktionen • Gestörte Schlaf-Wach-Regulation • Genetische Faktoren • Überaktivität der Stresshormonachse • u.a. 	<ul style="list-style-type: none"> • Erlernte Hilflosigkeit • Dysfunktionale Emotionsregulation • Verstärkerverlust • Lernen am Modell • Mangelnde Selbstbestimmung • Angsterkrankung • Persönlichkeitsstörung • Introversion • Traumatisierung • Stress • Konditionierbarkeit • Gesteigerte Selbstaufmerksamkeit • Negative Schemata • Geringe soziale Kompetenz • Rumination • Erschöpfung • u.a. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verwitung • Vereinsamung • Soziale Isolation • Statusverlust • Armut • Mangel an Unterstützung • Mobbing • Fehlende Anerkennung • Niedriger Sozialstatus • Finanzielle Nöte • Arbeitslosigkeit • Familienstand • Vernachlässigung • Feindseligkeit • Fehlende Bezugsperson • Sozialer Rückzug • u.a.

3.3.1 Genetische Modelle

Genetische Modelle gehen davon aus, dass es eine genetische Prädisposition für depressive Erkrankungen gibt (Wittchen et al., 2000), wobei dafür mehrere Gene verantwortlich zu sein scheinen. Es hat sich gezeigt, dass depressive Erkrankungen in Familien gehäuft auftreten, als in der Gesamtbevölkerung. So haben z.B. Kinder ein mehr als doppelt so großes Risiko an einer Depression zu erkranken, wenn mindestens ein Elternteil eine depressive Episode aufweist (Mattejat & Remschmidt, 2008). Insgesamt deuten die Studien daraufhin, dass bei depressiven Erkrankungen eine Heritabilität von ca. 40-70% vorliegt (Jones, Kent & Craddock, 2002). Dabei zeigt sich, dass es Zusammenhänge zwischen der Erbllichkeit und einem frühen Erkrankungsbeginn, jedoch nicht mit dem Geschlecht gibt. Außerdem zeigen sich Wechselwirkungen mit Umweltfaktoren, wie z.B. Verlust, Traumatisierung, belastende Lebensereignisse oder mangelnde Unterstützung, so dass angenommen werden kann, dass die

genetische Prädisposition für depressive Erkrankungen erst durch hinzukommende Umweltfaktoren auch zu einer tatsächlichen Manifestation der Erkrankung führt (Brakemeier, Normann & Berger, 2008).

Als konkretes Gen, das für die Entstehung depressiver Erkrankungen verantwortlich sein könnte, wird das Serotonin-Transporter-Gen 5-HTTLPR (Serotonin (5-HT) Transporter (T) Length (L) Polymorphic (P) Region (R)) diskutiert, das sowohl mit einem kurzen als auch mit einem langen Allel in der Bevölkerung vorkommt (Wittchen et al., 2000). Dabei hat sich gezeigt, dass die Träger des kurzen Allels eine erhöhte Vulnerabilität bei der Verarbeitung psychosozialer Belastungen aufweisen, was evtl. durch eine reduzierte Inhibition der Amygdala durch den Gyrus cinguli bei der Verarbeitung von angstkorreliertem Stress erklärt werden könnte. Diese reduzierte Inhibition negativer Emotionen führt schließlich zu der depressiven Erkrankung (Maier, nach Wittchen et al., 2010). Dies ist jedoch nur eine von mehreren Annahmen. Es haben sich noch einige weitere Gene gezeigt, die eine relevante Rolle bei der Entstehung depressiver Erkrankungen spielen, wie z.B. Serotoninrezeptor 2A(5-HT_{2A}), die Tyrosinhydroxylase (TH), die Tryptophanhydroxylase 1 (TPH1) oder die Catechol-O-Methyltransferase (COMT) (Wittchen et al., 2000). Insgesamt ist die Evidenz für genetische Ursachen der Depressionsentstehung noch unbefriedigend und kann nur in einem biopsychosozialen Gesamtmodell sinnvolle Beiträge leisten (Brakemeier, Normann & Berger, 2008).

3.3.2 Neurobiologische Modelle

Dass neurobiologische Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Erkrankungen eine zentrale Rolle spielen, gilt heute als allgemein akzeptiert (Wittchen et al., 2000) und wird auch den Patienten im Rahmen der Aufklärung so vermittelt. Prominente Neurotransmitter, die dabei eine Rolle spielen, sind Serotonin, Noradrenalin und Dopamin. Auf hormoneller Ebene gelten Stresshormone als wichtige Faktoren sowie bestimmte Hormone bei Frauen im Zusammenhang mit der Depression, dem Wochenbett und der Menopause.

Die Tatsache, dass ein unausgeglichener Stoffwechsel im Gehirn sowohl durch Medikation als auch durch Psychotherapie erfolgreich normalisiert werden kann, erschwert die Ursachenforschung bei depressiven Erkrankungen. Es kann sowohl sein, dass ein unausgeglichener Neurotransmitter-Haushalt zu einer Depression führt, als auch, dass eine Depression zu einem unausgegleichenem Neurotransmitter-Haushalt führt. Dennoch gilt es als gesichert, dass die o.g. Faktoren eine relevante Rolle im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen spielen.

3.3.3 Psychologische Modelle

Aus psychologischer Sicht haben sich in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl an Erklärungsansätzen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression entwickelt.

Die ursprüngliche psychoanalytische Annahme, dass eine Depression auf eine frühkindliche instabile Selbstwertentwicklung zurückzuführen ist (Bibring, 1953), wird hier nicht weiter ausgeführt, da sich diese Arbeit auf primär verhaltenstherapeutische Modelle stützt. Dennoch zeigt sich immer wieder, dass Selbstwertprobleme ein zentrales Problem bei Patienten mit Depression sind (Sulz, 2017b).

Die erste verhaltenstherapeutische Theorie der Depression war das lerntheoretische Verstärker-Verlust-Modell (Lewinsohn, 1974). Hierbei wird davon ausgegangen, dass der Mangel an positiver Verstärkung zu negativen emotionalen Affekten führt und damit zu depressiver Verstimmung (Lewinsohn, Youngren & Crosscup, 1979). Der Verlust positiver Verstärkung (z.B. durch Tod des Partners) spielt dabei sowohl eine zentrale Rolle, als auch der Mechanismus der negativen Verstärkung, also des Wegfalls negativer Konsequenzen (z.B. durch sozialen Rückzug nach Konflikten oder Arbeitsplatzverlust). Diese lerntheoretischen Mechanismen (klassische und operante Konditionierung) gelten bis heute als relevante Faktoren und sind (implizite) Bestandteile aller anderen Theorien, die sich danach entwickelt haben.

Die nächste Entwicklung ergab sich aus der sogenannten „kognitiven Wende“ der Verhaltenstherapie, die auf der Annahme beruhte, dass die menschliche Psyche nicht nur als Reiz-Reaktions-Automat gesehen werden darf, sondern dass kognitive Prozesse zwischen Reiz und Reaktion eine bedeutsame Rolle spielen. Folglich beruht das kognitive Modell der Depression (Beck, 1974) auf der Annahme, dass dysfunktionale kognitive Verzerrungen zu depressiver Verstimmung führen. Die sog. Kognitive Triade beschreibt dabei negative Kognitionen in Bezug auf die eigene Person (z.B. „Ich bin ein Versager.“), die eigene Umwelt (z.B. „Niemand mag mich.“) oder die eigene Zukunft („Ich werde niemals Erfolg haben.“). Diese Kognitionen beruhen auf negativen Grundannahmen, die durch entsprechende Stimuli (z.B. Kritik nach fehlerhaftem Verhalten) aktiviert werden. Wenn die kognitiven Verzerrungen nicht korrigiert werden, führt dies zu negativen Emotionen und dysfunktionalem Verhalten und in der Folge zu depressiven Erkrankungen. Auch diese kognitive Theorie gilt bis heute als etabliert und ist Grundlage für viele weitere Entwicklungen.

Eine weitere prominente Theorie der Depression ist die Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1974), die davon ausgeht, dass die subjektive Bewertung einer Situation als unkontrollierbar (z.B. Wehrlosigkeit gegenüber Mobbing) und die damit einhergehenden negativen Konsequenzen (z.B. Demütigung, Arbeitsplatzverlust) zu sozialem Rückzug und Passivität führen. Das Gefühl des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit führen schließlich zur Depression. Die erlebte Hilflosigkeit wird dadurch verstärkt, dass der Betroffene die Ursache für den Misserfolg bei sich selbst sieht (internal) und die Ursache für Erfolge außerhalb von sich selbst (external) (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Die Verallgemeinerung dieser Ursachenzuschreibung etabliert ein niedriges und instabiles Selbstwertgefühl, was die depressive Erkrankung fördert.

Neben Hypothesen zu chronischen depressiven Erkrankungen, bei denen frühe Traumatisierungen sowie präoperatorisches Denken angenommen werden (McCullough, 2007) und den Hypothesen der interpersonellen Therapie (IPT; Schramm, 2005), die die Entstehung depressiver Erkrankungen immer als Resultat des sozialen Kontexts sehen, haben sich in den letzten Jahren vor allem Modelle einer dysfunktionalen Emotionsregulation hervor getan (Greenberg, 2000; Gross & Munoz, 1995; Sulz & Lenz, 2000; Sulz, 2014a). Dabei wird angenommen, dass Patienten mit Depression eine grundsätzliche Unfähigkeit besitzen, insbesondere mit negativen Emotionen (z.B. Ärger, Angst, Trauer) funktional umzugehen. (Negative) Emotionen werden dabei entweder unterdrückt, also vermieden oder durch Grübeln zu regulieren versucht. Beide Strategien führen nicht zum erwünschten Erfolg, da die für ein gesundes Funktionieren der Psyche notwendigen Emotionen nicht integriert werden. In der Folge entsteht eine depressive Symptomatik.

Aus diesen Beobachtungen zur depressionsverursachenden und –aufrechterhaltenden Emotionsregulation haben sich der strategisch-behaviorale Ansatz der Depressionstherapie (Gräff-Rudolph & Sulz, 2009) und daraus der Ansatz der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP; Sulz & Deckert, 2012a; Sulz, 2017c) entwickelt.

3.4 Diagnostik

Das multifaktorielle Bedingungsgefüge depressiver Erkrankungen führt auch zu Schwierigkeiten in der Diagnostik dieses komplexen Krankheitsbildes (Wittchen et al., 2000). Bis heute gibt es kein einheitliches diagnostisches Prozedere, das zu sicheren Urteilen führt. Am Ende muss der Diagnostiker anhand der metrischen und klinischen Merkmale entscheiden, ob eine depressive Erkrankung vorliegt und in welcher Schwere sie ausgeprägt ist (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015). Heutzutage hat sich ein deskriptives Vorgehen etabliert, das davon ausgeht, dass eine bestimmte Konstellation und Anzahl depressiver Symptome sowie der Verlauf und die Persistenz dieser Symptome über einen Mindestzeitraum für eine bestimmte Diagnose sprechen. Dieses Vorgehen und eine interindividuell hohe Varianz aufseiten der Diagnostiker führt auch zu den hohen Schwankungen der Prävalenz-Angaben depressiver Erkrankungen. In der vorliegenden Arbeit wird den diagnostischen Vorgaben der ICD-10 (Dilling et al., 2016) gefolgt, da dies auch die Vorgabe für die Abrechnung im deutschen Versorgungssystem ist.

Es stehen neben Checklisten und diagnostischen Interviews eine Vielzahl an Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren zur Verfügung, wobei es zu beachten gilt, dass der alleinige Einsatz von Depressionsskalen bzw. Screeningverfahren nicht ausreicht, um zu einer gesicherten Diagnose zu gelangen. Diagnostische Interviews haben den Vorteil, dass sie den gesamten diagnostischen Prozess abdecken, wohingegen Depressionsskalen nur den aktuellen Status des Befragten abbilden (Wittchen et al., 2000). Depressionsskalen sind hingegen sehr ökonomisch einsetzbar und gut geeignet, den Verlauf depressiver Erkrankungen und deren Behandlung zu erfassen.

Weit verbreitete Interviews sind die Internationalen Diagnose-Checklisten für ICD-10 (IDCL; Hiller, Zaudig & Mombour, 1995), das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I; Wittchen et al., 1997), das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS; Margraf et al., 2017), das Klinische Interview des Verhaltensdiagnostiksystems (VDS14; Sulz, 2008), das Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Wittchen und Semler, 1991) sowie das Expertensystem zur Diagnostik psychischer Störungen (DIA-X; Wittchen und Pfister, 1996). Häufige Depressionsskalen sind das Beck-Depressions-Inventar (BDI-II; Hautzinger, Keller & Kühner, 2016), die Allgemeine Depressionsskala (Hautzinger et al., 2012), die Hamilton Depressionsskala (HAMD bzw. HDRS; Hamilton, 1960; Hautzinger & Meyer, 2002) und die Symptomliste des Verhaltensdiagnostiksystems (VDS90; Sulz, 2008).

3.5 Behandlung

So wie es eine große Anzahl an Erklärungsansätzen zur Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Erkrankungen gibt, so gibt es auch eine große Anzahl an Behandlungsmöglichkeiten. Dabei müssen Arzt bzw. Therapeut und Patient nach umfassender Aufklärung gemeinsam entscheiden (informed consent), welche Behandlung die am besten geeignete ist. Leider ist die Erforschung dieser komplexen Erkrankung noch nicht so weit fortgeschritten, dass man a priori zuverlässig sagen kann, welche Behandlung den effektivsten und effizientesten Erfolg bringt. Dies hängt von vielen Variablen ab, nicht nur von Störungsvariablen (z.B. Ätiologie, Schweregrad, Grad der Chronifizierung, aufrechterhaltende Bedingungen), sondern auch von Behandlungsvariablen (z.B. Verfügbarkeit, Eignung), Arzt- bzw. Therapeutenvariablen (z.B. Kompetenz, Compliance, Wissenschaftlichkeit), Patientenvariablen (z.B. Compliance, Motivation, Ressourcen) und Settingvariablen (z.B. Kostenträger, therapeutische Beziehung, Anzahl der verfügbaren Stunden). Dennoch ist der Anspruch, dem Patienten eine maßgeschneiderte, also individualisierte, effektive und effiziente Behandlung zukommen zu lassen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, hat sich in der Medizin und mittlerweile auch in der Psychotherapie der evidenzbasierte Ansatz etabliert. Um den Arzt bzw. Therapeuten dabei zu unterstützen, wurden von der DGPPN, der BÄK, der AWMF und der KBV S3-Leitlinien entwickelt (Schneider, Härte & Schorr, 2017), an denen man sich orientieren kann. Im Folgenden sollen die für die PKP wichtigsten (bio-)medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten überblicksartig dargestellt werden.

3.5.1 (Bio-)Medizinische Interventionen

Psychopharmakologische Interventionen sind ein fester Bestandteil der antidepressiven Therapie und gelten allgemein als wirksam (Cipriani et al., 2018). Für die Behandlung schwerer depressiver Episoden empfehlen die Leitlinien unbedingt den Einsatz antidepressiver Medikation, für die Behandlung einer mittelgradigen depressiven Episode empfehlen sie die Medikation als ergänzende oder alternative Option zur Psychotherapie (Schneider et al., 2017). Eine umfassende und tiefgreifende Darstellung der Antidepressiva kann und soll hier nicht geleistet werden. Für die PKP ist es nur wichtig, dass das medizinische Prozedere hinsichtlich medikamentöser Intervention leitliniengerecht Anwendung findet. Dies wurde für die durchgeführte Studie angenommen, da die Patienten im Rahmen der durchgeführten Richtlinien-Psychotherapie zuvor eine medizinische Begutachtung absolviert hatten.

Neben der Psychopharmakologie und der Psychotherapie haben sich in der psychiatrischen Versorgung auch positive Befunde beim Einsatz von Elektrokrampftherapie (EKT), Transkranieller Magnetstimulation (TMS), Schlafentzug und Lichttherapie gezeigt.

3.5.2 Psychotherapeutische Interventionen

Die Geschichte der Psychotherapie weist eine lange Geschichte auf und hat sich in vielerlei Hinsicht so differenziert, dass es kaum mehr überblickt werden kann (Jacobi und Reinecker, 2018). In Bezug auf die Behandlung depressiver Erkrankungen haben sich mehrere Entwicklungen ergeben, die teilweise aufeinander aufbauen, sich teilweise ergänzen, aber auch teilweise entgegelaufen. Die klassische Verhaltenstherapie (VT) findet streng genommen

nicht mehr statt, da sie in ihrer mechanistischen Herangehensweise als überholt gilt. Dennoch sind ihre Grundprinzipien immanenter Bestandteil jeder anderen Verhaltenstherapie. Ebenfalls wird diskutiert, ob Verhaltenstherapie überhaupt noch eine angemessene Bezeichnung für dieses riesige Feld sei, oder ob es nicht angemessener wäre, von einer psychologischen Therapie zu sprechen (Margraf, 2018). Eine Sonderstellung nimmt die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ein, da sie den Paradigmenwechsel der sog. Zweiten Welle der Verhaltenstherapie begründete und das Spektrum psychotherapeutischer Behandlung immens erweiterte und bis heute aus der Verhaltenstherapie nicht wegzudenken ist. Daher soll sie im Folgenden etwas näher vorgestellt werden, auch weil sie die Grundlage der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT; Hauke und Sulz, 2009) und damit der PKP (Sulz, 2012) ist. Die SBT ist eine zentrale Therapieform der sog. Dritten Welle der Verhaltenstherapie, die ein Modell zur Integration aller bisherigen Erkenntnisse und Entwicklungen bereitstellt und sich auch in der praktischen Umsetzung bewährt hat. Auch sie soll daher hier etwas näher vorgestellt werden.

3.5.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Die KVT der Depression beruht auf der Grundannahme des kognitiven Modells (Beck, 1974), dass Depressionen durch verzerrte, dysfunktionale Kognitionen entstehen. Eine depressive Erkrankung wird also primär als kognitive Störung gesehen, bei der das Denken unreif und unrealistisch ist (Hautzinger, 2013), so dass es zu typischen kognitiven Fehleinschätzungen kommt, die dann wiederum Einfluss auf das emotionale Erleben und das Verhalten haben. Typische kognitive Fehler sind z.B. Übergeneralisierung, selektive Abstraktionen, Personalisieren, dichotomes Denken, emotionale Beweisführung, Pessimismus. Dabei postuliert Beck (1974) eine depressive Triade der kognitiven Verzerrungen, die aus der Person, der Umwelt und der Zukunft besteht. Das Ziel der KVT ist es, dem Patienten bei der Entwicklung eines reiferen, realistischeren Denkens zu helfen. Dies erfolgt mittels kognitiver Umstrukturierung (Wilken, 2018). Weitere einflussreiche Entwicklungen im Rahmen der KVT waren die rational-emotive Therapie (Ellis, 2008) und die kognitive Verhaltensmodifikation (Meichenbaum, 1977). Allen gemeinsam ist die Annahme, dass die kognitiven Prozesse als Vermittler zwischen Reiz und Reaktion hauptverantwortlich für die depressogene Entwicklung sind. Ebenfalls wurde die Theorie der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1974) in die KVT integriert. Heute gilt die KVT als eins der am besten evaluierten und bewährten Verfahren zur Depressionsbehandlung (Hautzinger, 2013), bestehend aus den zwei Hauptstrategien Aufbau positiver Aktivitäten (Abbau erlernter Hilflosigkeit, positive Verstärkung) und kognitive Umstrukturierung (realistisches Denken). Die Methoden der KVT sind (impliziter) Bestandteil vieler neuerer Verfahren, so auch der SBT und der PKP.

3.5.2.2 Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT)

Die SBT (Sulz, 1998a, b, 2011; Sulz & Hauke, 2009) ist eine bewährte Therapieform der sog. Dritten Welle der Verhaltenstherapie, die analog zu Kanfers Selbstregulationsansatz (Kanfer et al., 2012) die verhaltenstherapeutische Lerntheorie mit der Systemtheorie verbindet, um so die bisher vorrangig horizontalen Verhaltensanalysen um die vertikalen Organismusvariablen zu erweitern. Sie folgt damit den allgemeinen Trend innerhalb der Verhaltenstherapie hin zu einer allgemeinen psychologischen Therapie, die alle Erkenntnisse der gesamten Psychologie und

Neurobiologie in das therapeutische Handeln integriert (Sulz, 2014b). Ihre Wirksamkeit wurde mittlerweile für eine Vielzahl an psychischen Störungen in verschiedenen Settings nachgewiesen (z.B. Hebing, 2012; Liwowsky, 2014; Hoy, 2014; Richter-Benedikt, 2015).

Die SBT beruht auf drei Annahmen: erstens der Annahme, dass sich die menschliche Psyche autonom reguliert und organisiert mit dem Ziel einer Homöostase; zweitens der Annahme, dass sich die menschliche Psyche lebenslang entwickelt (Piaget & Inhelder, 1977; Kegan, 1994); und drittens der Annahme, dass die menschliche Psyche wesentlich mehr auf dem Prinzip des Konstruktivismus basiert als auf dem Prinzip der Kausalität (Watzlawick, 2010). Die Annahme der autonomen Selbstregulation und Selbstorganisation der menschlichen Psyche in der SBT geht davon aus, dass die kindliche Psyche in den ersten drei Lebensjahren auf somatopsychischem Wege ein psychosoziales Gleichgewicht zwischen den eigenen Bedürfnissen und den Bedürfnissen der sozialen Umwelt, insbesondere der Eltern und der Geschwister, anstrebt (Sulz, 2014b). Da die kindliche Psyche jedoch noch nicht über souveräne kognitive und Handlungsoptionen verfügt, muss es mittels Emotionsregulation für ein Gleichgewicht sorgen. In der Folge entwickelt das Kind eine hochfunktionale emotionale Überlebensregel, die zuverlässig das Bedürfnissystem im Gleichgewicht hält. Jedoch werden hier auch frustrierende und bedrohliche Szenarien automatisiert, welche zu derart belastendem Stress führen können, dass das psychische Gleichgewicht nur noch durch Symptombildung aufrechterhalten werden kann. Die Psychotherapie macht die individuelle Überlebensregel explizit und formuliert eine erwachsene, gesunde Lebensregel, um eine Leitlinie für eine funktionale Lebens- und Beziehungsgestaltung zu schaffen („Leben statt überleben“).

Die Entwicklungsannahme der SBT geht davon aus, dass sich die menschliche Psyche stufenartig weiterentwickelt (Sulz, 2014b). Die SBT nimmt in Analogie zu Kegans Entwicklungsmodell (1994) an, dass Menschen ihr Leben und ihre Beziehungen von kindlichen Stufen (einverleibend, impulsiv) hin zu erwachsenen Stufen (souverän, zwischenmenschlich) entwickeln. Im Falle von schädigenden Erlebnissen in der Entwicklung schafft es die menschliche Psyche teilweise nicht, frühe Stufen zu verlassen, so dass es zu Symptombildung kommt. Aufgabe der Psychotherapie ist es, dem Patienten dabei zu helfen, die jeweils nächste Stufe zu erreichen und die damit verbundenen Ängste vor Veränderung zu überwinden.

Die Konstruktionsannahme der SBT geht davon aus, dass die autonome Psyche die Lebens- bzw. Beziehungsgestaltung einem Konstruktionsplan entsprechend konstruiert (Sulz, 2014b). Dies führt zum einen dazu, dass bestimmte Verhaltensweisen so oft gezeigt werden, bis die äußere Umwelt der Konstruktion entspricht (z.B. der Partner verlässt den Patienten, weil er diesen ständig kontrolliert hat). Zum anderen führt es dazu, dass bestimmte äußere Ereignisse zu Auslösesituationen für symptomatisches Verhalten werden, weil der Konstruktionsplan durch das Ereignis ins Wanken kommt und nur noch durch Symptombildung aufrechterhalten werden kann (z.B. Depression nach Jobverlust eines Perfektionisten).

Das Symptom wird also als Ergebnis einer pathologischen Lebens- und Beziehungsgestaltung und als Reaktion auf ein auslösendes Ereignis gesehen, das die Funktion erfüllt, das Gleichgewicht der autonomen Psyche aufrechtzuerhalten ohne dabei die emotionale Überlebensregel zu verletzen, die vertraute, Sicherheit gebende Entwicklungsstufe zu verlassen oder den Konstruktionsplan zu destabilisieren (Sulz, 2014b). Die Funktionsanalyse des Symptoms hat in der SBT einen zentralen Stellenwert und versucht von der Strategie des Symptoms zu einer Strategie der Therapie zu kommen. Das Ziel der Therapie ist dabei die Anpassung der autonomen Psyche an die erwachsenen Erfordernisse der Lebens- und

Beziehungsgestaltung und, falls das nicht ausreicht, die Entwicklung hin zur nächsten Stufe. Das therapeutische Vorgehen ist dabei konfrontativ (Exposition), motivational (Bedürfnisgleichgewicht zwischen Bindung und Autonomie), affektiv (Emotionsregulation, Zugang zu blockierten Gefühlen), affektiv-kognitiv (kognitive Selbststeuerung der Emotionen), kognitiv (Korrektur dysfunktionaler kognitiver Schemata), verhaltensorientiert (Abbau dysfunktionaler und Aufbau funktionaler Handlungen) sowie entwicklungsorientiert (Übergang zur nächsthöheren Stufe). Die SBT ist bei allen Störungen anwendbar, die eine psychogene Ätiologie aufweisen (Sulz, 2014b).

4. Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP)

Die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) ist aus der Notwendigkeit heraus entstanden, kurze, evidenzbasierte Interventionen für jedes klinische Setting zur Verfügung zu stellen, da in der alltäglichen psychiatrischen Versorgung kaum psychotherapeutische Interventionen zur Anwendung kommen und dies bisher den Therapeuten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapien überlassen wurde (Sulz & Deckert, 2012a). Zunächst entstanden störungsspezifische Versionen für Alkoholabhängigkeit (Sulz, 2012a, b) und Depression (Sulz und Deckert, 2012a, b) in Form von Sprechstundenkarten (SSK) und Praxisleitfaden. Danach folgte eine allgemeine, störungsübergreifende Version (Sulz, 2012) in Form eines Handbuchs und Praxisleitfadens, in der neben Erstgespräch, Verhaltensanalyse, Zielanalyse und Therapieplanung eine Vielzahl psychotherapeutischer Interventionen als Psychotherapie-Grundkurs zusammengestellt wurde. Später folgten dann noch Versionen für Angst- und Zwangsstörungen (Sulz, Sichort-Hebing & Jansch, 2015a, b) und für Schmerzstörungen (Sulz, 2018). Die Version für Depression ist ebenfalls in englischer, russischer und türkischer Sprache erschienen. Außerdem ist ein Erweiterungsset zum Verständnis antidepressiver Medikation (Laux, 2012) erschienen.

4.1 Das Konzept der PKP für Depression

Das Konzept der PKP für Depression ist integrativ und versucht, alle relevanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Aspekte der Behandlung in ein schlüssiges Behandlungskonzept zusammenzuführen. Die theoretische Basis dafür liefert das Drei-Säulen-Modell der Strategischen Kurzzeittherapie (siehe Abbildung 2). Aus psychiatrischer Sicht geht es um das Verständnis und die Behandlung der depressiven Symptomatik, aus verhaltenstherapeutischer Sicht geht es um den Aufbau euthymer, sozialer und emotionaler Fertigkeiten sowie dazugehörigen kognitiven Techniken, aus psychodynamischer Sicht geht es um das Verständnis und die Korrektur von in der Kindheit erworbener emotionaler Überlebensregeln und –strategien („Leben statt überleben“), die den Patienten gegenwärtig in die Depression geführt haben bzw. ihn daran hindern, diese zu überwinden und aus psychoanalytischer Sicht geht es um die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit (Fonagy et al., 2017), also der Fähigkeit, die eigenen psychischen Prozesse zu beobachten, zu verstehen und zu verändern. Dabei ist jedoch der verhaltenstherapeutische Ansatz federführend, im Sinne wissenschaftlicher, also hypothesenprüfender, experimenteller Methodik, was dem allgemeinen Trend hin zu einer psychologischen Therapie entspricht (Margraf, 2018). Der Anspruch auf Vollständigkeit wird dabei selbstverständlich nicht erhoben, da sich auch innerhalb der Verhaltenstherapie eine mittlerweile kaum mehr zu überschauende Methodenvielfalt entwickelt hat.

Neben dem Ansatz der integrativen Psychotherapie ist die PKP an allgemein gültigen und etablierten Leitlinien orientiert. Sie stellt also keine grundsätzlich neue inhaltliche Behandlungsmethodik dar, sondern lediglich eine neue technische Form bereits bewährter Interventionen.

Des Weiteren orientiert sich die PKP konsequent an der konkreten Versorgungsrealität. Je nach Bedarf und den vom Patienten vorgebrachten Beschwerden in der Sprechstunde bzw. der Visite werden die Sprechstundenkarten ausgewählt und die darauf beschriebenen Interventionen durchgeführt (Sulz und Deckert, 2012a). Dabei ist die Therapiestrategie adaptiv, d.h. je nach

zur Verfügung stehender Zeit und je nach Behandlungsperspektive können nur einzelne oder ganze Serien an Interventionen durchgeführt werden. Die Interventionen sind jedoch immer kurz (10-25 Minuten) und entsprechen den üblichen Abrechnungssystemen (GOÄ, GOP, EBM). Das Kartenset kann individuell durch eigene Karten ergänzt werden, z.B. um bestimmte etablierte Schwerpunkte einer Klinik zu integrieren. Auch ist es möglich, dass mehrere Therapeuten bzw. Ärzte oder anderes Behandlungspersonal (z.B. Pflege) Interventionen durchführen, da alle zur Durchführung der Interventionen notwendigen Informationen auf den Karten enthalten sind. Somit ist auch gewährleistet, dass alle an der Behandlung Beteiligten innerhalb eines transparenten Gesamtbehandlungskonzepts arbeiten.

Da die PKP bzw. die SBT davon ausgeht, dass Depression durch Vermeidung von Emotionen entsteht (siehe Punkt 3.3.3), stellt die Emotionsexposition einen wesentlichen Aspekt der antidepressiven, psychotherapeutischen Behandlungsstrategie dar (Sulz, 2017a). Im Bereich positiver Emotionen geht es insbesondere um den Aufbau positiver Verstärkung durch das Identifizieren, Planen und Durchführen individueller, positiver, also als angenehm empfundener Aktivitäten, sowie durch Bewegung und Sport, durch Entspannungstraining und durch Genusstraining und die Fähigkeit zu verwöhnen und sich verwöhnen zu lassen. Im Bereich negativer Emotionen geht es bei der Emotion Angst insbesondere um den Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartung und sozialer Kompetenz, bei der Emotion Trauer um die Fähigkeit loszulassen und Verluste zu verarbeiten und bei der Emotion Wut um die Fähigkeit sich zu wehren und damit erlernte Hilflosigkeit abzubauen.

In den folgenden Abschnitten 4.2 und 4.3 werden die Interventionen im Einzelnen dargestellt.

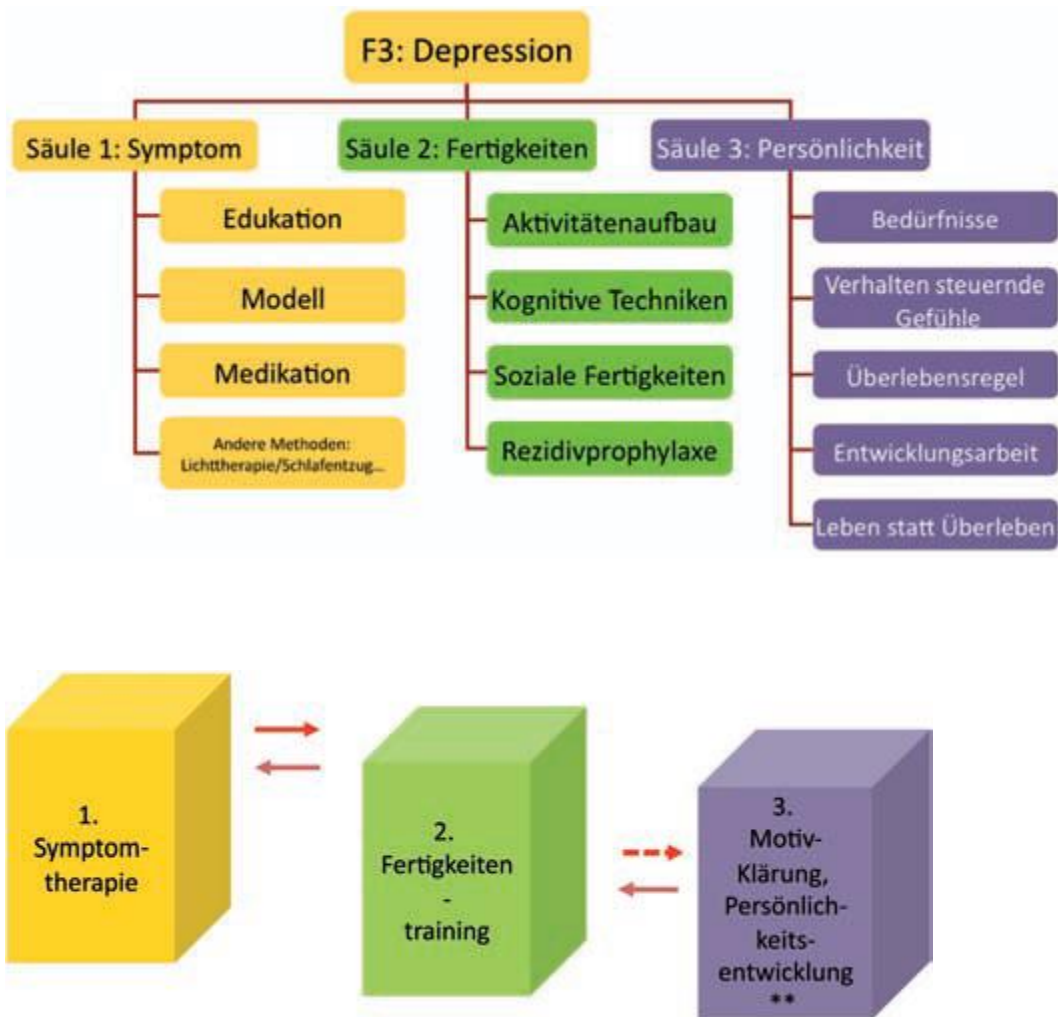


Abbildung 2. Struktureller und funktioneller Aufbau der PKP (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a).

4.2 Sprechstundenkarten (SSK)

Die Sprechstundenkarten (SSK; Sulz & Deckert, 2012b) sind systematisch in einer Box einsortiert, in der sich auch das Manual (Sulz & Deckert, 2012a) für den Umgang mit den Karten befindet. Laut Manual wird empfohlen, das Kartenset gleich zu Beginn der Therapie einzuführen, damit sich der Patient daran gewöhnen und damit vertraut machen kann. Ziel der Arbeit mit den SSK ist es, den Therapieprozess in kürzere Einheiten mit 10 bis 25 Minuten zu gestalten, statt der in Richtlinien-Psychotherapien üblichen 50 Minuten, da dies den üblichen Taktungen entspricht und oft gar nicht mehr Zeit zur Verfügung steht. Die SSK ermöglichen es dem Arzt bzw. Therapeuten und dem Patienten, die Behandlung zielstrebig zu verfolgen und dabei bei jedem neuen Besuch nahtlos an der Stelle weiterzumachen, an der man beim letzten Termin aufgehört hatte. Somit werden die therapeutische Beziehung und die Behandlung gestärkt und es entsteht eine viel spürbarere therapeutische Allianz, so dass die Arbeit und die Verantwortung für die Arbeit nicht nur beim Arzt bzw. beim Therapeuten, sondern genauso beim Patienten liegt, was ganz im Sinne von Kanfers Selbstmanagement-Ansatz ist (Kanfer et al., 2012).

Was die konkrete Auswahl der SSK betrifft, so ist neben den obligatorischen Inhalten (Aufklärung, psychopathologischer Befund, Abklärung Suizidalität, Psychoedukation etc.) die Auswahl frei und abhängig von den individuellen Therapiethemen, vom Stand und Fortschritt der Therapie, dem globalen Funktionsniveau des Patienten, der verfügbaren Zeit, der Compliance bzw. Adhärenz usw. In Bezug auf die Durchführung der Interventionen ist ein adaptives Vorgehen folglich empfehlenswert. Bei manchen Themen, wie z.B. der Psychoedukation (Krankheitsverständnis) wird man schneller vorankommen und mehrere Karten in einer Einheit bearbeiten, als bei schwierigen Therapiethemen, wie z.B. Verarbeitung eines Verlustes durch Todesfall, bei der man eine einzelne SSK in mehreren Einheiten verwenden wird (Sulz & Deckert, 2012a). Auch werden einige Karten gar nicht bearbeitet werden, falls sie Themen beinhalten die für den Patienten nicht relevant sind bzw. Interventionen, die für den Patienten inkompatibel sind oder die Zeit schlichtweg nicht ausreicht. Der Therapieprozess soll durch Verwendung der SSK flexibilisiert werden, so dass man Geschwindigkeit und Fortschritt der Therapie den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Patienten jederzeit anpassen kann. So oder so wird man aber einen wirksamen antidepressiven Weg durch die SSK nehmen, so dass der Patient immer intensiver und tiefer an seinen Themen arbeiten wird, so dass die Depression irgendwann überflüssig wird.

Jede Karte ist in der linken oberen Ecke nummeriert und in der rechten oberen Ecke mit dem ICD-10-Kapitel und Unterkapitel gekennzeichnet (hier: F3, Depression), sowie mit dem jeweiligen Modul. Die Vorderseite der SSK enthält die Intervention, die in vielen Fällen kopiert und dem Patienten ausgehändigt werden kann, damit er sie entweder gleich in der Sprechstunde oder Visite oder zu Hause ausfüllen bzw. bearbeiten kann. Die Rückseite enthält Vorschläge und Erläuterungen zum praktischen Vorgehen sowie wichtige Hinweise zum theoretischen Hintergrund für den Arzt bzw. Therapeuten. Abbildung 3 zeigt beispielhaft eine SSK mit Vorder- und Rückseite.

Karte 2

F3 Depression
Säule 1 Symptom-Verständnis

Welche Symptome habe ich?

Einfach alle Symptome aufzählen. Bitte je Zeile nur ein Symptom nennen:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

S. Sulz et al. PEP Depression www.zgp-medien.com 2011

Hinweise zum praktischen Vorgehen

F3 Depression
Säule 1 Symptom-Verständnis

Symptome der Depression sind oft:

Niedergeschlagen	Schuldgefühle
Hoffnungslos	Innere Unruhe
Nichts wert sein	Denken verlangsamt
Leicht erschöpfbar	Zukunftsangst
Interessen verloren	Tagesschwankungen der Stimmung
Selbstvorwürfe	Lebensmüdigkeit

Ziel dieser Symptomaufzählung ist, dass der Patient vom Status des Leidenden in den Status des Beobachters und Berichterstatters wechselt, indem er „über“ seine Beschwerden spricht. Wenn wir nur die Symptome aufschreiben, die zur Depression gehören, dann übt er zu unterscheiden, was alles zur Depression gehört und was nicht.

S. Sulz et al. PEP Depression www.zgp-medien.com 2011

Abbildung 3. Beispiel einer SSK (zit. nach Sulz & Deckert, 2012b).

Was die konkrete Verwendung der SSK betrifft, so empfiehlt es sich, den Kasten mit den SSK von Anfang an in die Therapie einzuführen und ihn gut sichtbar auf den Schreibtisch zu stellen. Da die Zeitintervalle üblicherweise zwischen 10 und 25 Minuten liegen, ist die Zeit knapp und man sollte darauf achten, die Zeit effizient zu nutzen und dem Patienten von vornherein den limitierten Zeitrahmen zu kommunizieren, damit sich dieser darauf einstellen kann (Sulz & Deckert, 2012a). Auch ist es wichtig, die Projektkarte (SSK 61) von Anfang an einzuführen und auszufüllen bzw. ausfüllen zu lassen, damit jeweils klar definiert ist, was die Übungen für die Zeit zwischen den Therapiesitzungen sind. Zu Beginn der nächsten Sitzung werden wenige Minuten zur Bearbeitung der letzten Projektkarte verwendet. Auch wenn der Patient oft mit vielen aktuellen Themen kommt und diese für wichtig hält, so soll doch konsequent an den

übergeordneten Therapiethemen weitergearbeitet werden, weil der Patient mittel- bis langfristig mehr davon profitiert (Sulz & Deckert, 2012a). Nur im Notfall verlässt man das geplante Behandlungsregime und arbeitet an der akuten Krisenbewältigung (SSK A9, Modul Patientenaufnahme). Daraufhin geht man zur Bearbeitung der nächsten SSK über. Erwünschtes Verhalten des Patienten sollte immer verstärkt werden. Auch hierbei wird eine Projektkarte für die nächste Sitzung ausgefüllt, wobei darauf zu achten ist, dass der Patient eine bewusste Entscheidung trifft, an den vereinbarten Themen zu arbeiten. Dadurch wird der Patient motiviert, seinen Beitrag zur Therapie zu leisten. Für ein konkretes Beispiel zum Vorgehen wird auf das Manual der PKP verwiesen (Sulz & Deckert, 2012a).

4.3 Module und Submodule der PKP

Im Folgenden werden die einzelnen Module und Submodule mit den dazugehörigen Karten und Interventionen vorgestellt.

4.3.1 Modul Patientenaufnahme

Das erste Modul Patientenaufnahme beinhaltet insgesamt 13 SSK, die vom Erstkontakt an verwendet werden können. Nach Erhebung der Anamnese und des psychopathologischen Befundes im Erstgespräch, erfolgen die testpsychologischen Diagnostik und Erstellung eines Notfall- und Krisenplans. Die Patientenaufnahme schließt mit der Erfüllung der Aufklärungspflicht sowie einer Übersicht der Störungsmodelle und der Erstellung eines individuellen Störungsmodells des Patienten. Tabelle 4 listet die SSK des ersten Moduls mit den Submodulen auf.

Tabelle 4

SSK des Moduls Patientenaufnahme (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)

Karte Nr.	Seite	Inhalte der Sprechstundenkarten	Submodul
A1		SSK-Übersicht: Patienten-Aufnahme	
A2	V	Patientendaten	Erstgespräch
	R	Anlass der Vorstellung/aktuelle Beschwerden	Erstgespräch
A3	V	Psychiatrische Vorgeschichte	Erstgespräch
	R	Medikation	Erstgespräch
A4	V	Familienanamnese	Erstgespräch
	R	Somatische Anamnese	Erstgespräch
A5	V	Biographische Anamnese	Erstgespräch
	R	Ergänzungen/Fremdanamnese	Erstgespräch
A6	V	Genussmittelanamnese	Erstgespräch
	R	Freizeitgestaltung/Hobby	Erstgespräch
A7	V	Psychopathologischer Befund	Psychopathologischer Befund
	R	Vitalstörungen	Psychopathologischer Befund
A8	V	Suizidalität	Psychopathologischer Befund

	R	Testpsychologie	Psychopathologischer Befund
A9	V	Notfall und Krisenplan	Notfall und Krisenplan
	R	Notfall: Was mache ich als Patient selbst?	Notfall und Krisenplan
A10	V	Aufklärung I: Psychiatrie/Psychotherapie/Psychopharmaka	Aufklärung
	R	Aufklärung II: Depression	Aufklärung
A11	V	Aufklärung III: Entstehungsbedingungen	Störungsmodelle
	R	Visualisierung Wolkenmodell	Störungsmodelle
A12	V	Aufklärung IV: Übersicht Störungsmodelle	Störungsmodelle
	R	Visualisierung Biologisches Modell	Störungsmodelle
A13	V	Integratives Modell nach Hautzinger	Störungsmodelle
	R	Vorlage für Integratives Modell des Patienten	Störungsmodelle

Anmerkung. A: Aufnahme; V: Vorderseite; R: Rückseite; SSK: Sprechstundenkarte.

4.3.2 Modul Leitlinien

Leitlinienorientiertes Vorgehen zählt schon länger zum Goldstandard evidenzbasierter Medizin. Die PKP zeigt ohne Anspruch auf Vollständigkeit die wichtigsten Punkte der Leitlinie für die Behandlung von depressiven Erkrankungen (Schneider et al., 2017), um dem Arzt bzw. Therapeuten eine Orientierung und Erinnerung an das leitlinienkonforme Vorgehen zu geben. Tabelle 5 zeigt die SSK des zweiten Moduls.

Tabelle 5

SSK des Moduls Leitlinien (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)

Karte Nr.	Seite	Inhalte der Sprechstundenkarten	Submodul
L1	V	SSK-Übersicht: Leitlinien	
	R	Patientenaufnahme	
L2	V	Diagnostik	
	R	Therapie	
L3	V	Psychotherapie	

Anmerkung. L: Leitlinie; V: Vorderseite; R: Rückseite; SSK: Sprechstundenkarte.

4.3.3 Modul Symptomverständnis

Mit dem Modul Symptomverständnis beginnt die eigentliche Therapie. Dieses Modul gehört zur ersten Säule des 3-Säulen-Konzepts, der Symptom-Therapie (siehe oben Punkt 4.1), also der Psychoedukation, dem Störungsmodell, der Medikation und anderer Interventionen wie Lichttherapie oder Schlafentzug. Das Modul besteht aus insgesamt 14 SSK und drei Submodulen (Symptomliste, Funktion Depression und Gefühlsstern). Die PKP beinhaltet hauptsächlich psychotherapeutische Interventionen. Die medikamentöse Therapie sollte, falls

indiziert, bereits eingeleitet sein (Sulz & Deckert, 2012a). Das Störungsmodell wurde bereits mit dem Modul Patientenaufnahme erarbeitet und bildet den Ausgangspunkt für die nun beginnenden psychoedukativen Interventionen zu den depressiven Symptomen, der depressiven Erkrankung und deren Funktion. Durch die Reflexion und das Betrachten seiner Symptome, distanziert sich der Patient bereits etwas von seinem depressiven Erleben und Verhalten und erfährt eine erste Linderung. Hierbei entfalten sowohl metakognitive Prozesse (Wells, 2011) als auch der Prozess des Mentalisierens (Fonagy et al., 2017) eine therapeutische Wirkung. Tabelle 6 listet die SSK des dritten Moduls mit den Submodulen auf.

Tabelle 6

SSK des Moduls Symptomverständnis (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)

Karte Nr.	Seite	Inhalte der Sprechstundenkarten	Submodul
1	V	SSK-Übersicht: Modul Symptom-Verständnis	
	R	Hinweise zum praktischen Vorgehen	
2	V	Welche Symptome habe ich?	Symptomliste
	R	Symptome der Depression sind oft...	Symptomliste
3	V	Wir können die Symptome einteilen in...	Symptomliste
	R	Einteilung der Symptome – Beispiele	Symptomliste
4	V	Jetzt teilen wir Ihre eigenen Symptome ein...	Symptomliste
	R	Die eigenen Symptome gedanklich ordnen	Symptomliste
5	V	Was ist denn Depression?	Symptomliste
	R	Krankheit, Verstimmung, Störung der Affekte	Symptomliste
6	V	Was unterscheidet Gefühl und Stimmung?	Symptomliste
	R	Stimmungen reduzieren Intensität und erhöhen Dauer	Symptomliste
7	V	Funktion der Depression	Funktion Depression
	R	Depression vermeidet ein wirksames Wehren	Funktion Depression
8	V	Depression vermeidet Ärger	Funktion Depression
	R	Depression vermeidet ein wirksames Wehren	Funktion Depression
9	V	Depression vermeidet auch Trauer	Funktion Depression
	R	Vermeidung von Ärger blockiert Trauer	Funktion Depression
10	V	Ein großer Verlust vor Beginn der Depression?	Funktion Depression
	R	Depression vermeidet Loslassen	Funktion Depression
11	V	Der Gefühlsstern: vitale Pendelausschläge	Gefühlsstern
	R	Gefühle zum Nutzen seiner Vitalität	Gefühlsstern
12	V	Depression = Verstimmung statt Gefühl	Gefühlsstern
	R	Depression = Verstimmung statt Gefühl	Gefühlsstern
13	V	Depressionstherapie = Gefühl statt Verstimmung	Gefühlsstern
	R	Depressionstherapie = Gefühl statt Verstimmung	Gefühlsstern
14	V	Therapie verändert das Gefühls-Erleben	Gefühlsstern
	R	Exposition = Gefühl statt Verstimmung	Gefühlsstern

Anmerkung. V: Vorderseite; R: Rückseite; SSK: Sprechstundenkarte.

4.3.4 Modul Freude-Exposition

Mit dem Modul Freude-Exposition beginnt die verhaltenstherapeutische Therapie der Fertigkeiten (zweite Säule der PKP) auf allen vier Ebenen (kognitiv, emotional, körperlich, Handlung). Bei der Freude-Exposition nutzt man das Phänomen, dass das Erleben positiver Aktivitäten direkten Einfluss auf das Erleben positiver Gefühle hat, auch wenn der Patient im depressiven Modus Widerstand leistet (Sulz & Deckert, 2012a). Das Modul enthält 12 SSK und vier Submodule. Das genaue Vorgehen wird auf der Rückseite der SSK erläutert. Die Submodule Positive Aktivitäten, Sport und Bewegung, Entspannungstraining und Genussstraining beinhalten weit verbreitete und etablierte antidepressive Strategien. Arzt bzw. Therapeut und Patient sollen gemeinsam entscheiden, welche Interventionen zur Anwendung kommen. Die Herausforderung des Arztes bzw. Therapeuten ist es, nicht mit der depressiven Stimmung des Patienten und seinem Widerstand gegen die Freude-Exposition mitzuschwingen, so sehr es auch aus empathischer Sicht verstehbar ist, sondern den Patienten anhaltend zu motivieren, diese Anstrengungen auf sich zu nehmen („Schwimmen gegen den depressiven Strom“) (Sulz & Deckert, 2012a). Tabelle 7 zeigt die SSK des vierten Moduls.

Tabelle 7

SSK des Moduls Freude-Exposition (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)

Karte Nr.	Seite	Inhalte der Sprechstundenkarten	Submodul
15	V	SSK-Übersicht: Modul Freude-Exposition	
	R	Arten der Freude-Exposition	
16	V	Erstellen einer Liste positiver Aktivitäten	Positive Aktivitäten
	R	Aufbau positiver Aktivitäten	Positive Aktivitäten
17	V	Planen, Protokollieren positiver Aktivitäten	Positive Aktivitäten
	R	Erläuterungen	Positive Aktivitäten
18	V	Künftig positive Aktivitäten öfter einplanen	Positive Aktivitäten
	R	Erläuterungen	Positive Aktivitäten
19	V	Stimmungsverlauf der Woche zeichnen/Beispiel	Positive Aktivitäten
	R	Erläuterungen	Positive Aktivitäten
20	V	Bewegung und Sport	Sport & Bewegung
	R	Erläuterungen	Sport & Bewegung
21	V	Sportplan für die Woche vom...bis	Sport & Bewegung
	R	Erläuterungen	Sport & Bewegung
22	V	Entspannungstraining und Protokoll	Entspannung
	R	Erläuterungen	Entspannung
23	V	Sammeln genussvoller Sinneseindrücke	Genusstraining
	R	Erläuterungen	Genusstraining
24	V	Üben von genussvollem Sinneserleben	Genusstraining
	R	Erläuterungen	Genusstraining
25	V	Erinnern von genussvollem Sinneserleben	Genusstraining
	R	Erläuterungen	Genusstraining
26	V	Verwöhnen lassen	Genusstraining
	R	Erläuterungen	Genusstraining

Anmerkung. V: Vorderseite; R: Rückseite; SSK: Sprechstundenkarte.

4.3.5 Modul Angst-Exposition

Das Modul Angst-Exposition ist das zweite Modul der zweiten Säule (Fertigkeiten-Training) und fördert den Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartung und sozialer Kompetenz sowie den Abbau erlernter Hilflosigkeit. Es besteht aus 16 SSK und vier Submodulen (Selbstbehauptungstraining, Kommunikationstraining, Selbstständigkeitsstraining und Lust-statt-Pflicht-Training). Durch die Arbeit an den durch die Depression unterdrückten Ängsten des Patienten verbessern sich die soziale Kompetenz des Patienten und seine Selbstwirksamkeitserwartung. Da viele Patienten mit Depression selbstunsichere und/oder dependente Persönlichkeitsakzentuierung aufweisen, ist dieses Modul wichtig, jedoch besteht auch die Gefahr, dass man hier „hängenbleibt“ (Sulz & Deckert, 2012a). Dieses Modul soll nur so lange bearbeitet werden, bis der Patient mutig genug ist, die besprochenen Übungen auch durchzuführen und aufrechtzuerhalten. Sobald das gegeben ist, wäre es kontraindiziert, weiter mit diesem Modul zu arbeiten, da der Patient in seinem Autonomiestreben behindert werden könnte. Stattdessen sollte man zu dem in den meisten Fällen noch wichtigeren Modul Ärger-Exposition übergehen. Tabelle 8 listet die SSK des fünften Moduls mit den Submodulen auf.

Tabelle 8

SSK des Moduls Angst-Exposition (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)

Karte Nr.	Seite	Inhalte der Sprechstundenkarten	Submodul
27	V	SSK-Übersicht: Modul Angst-Exposition	
	R	Arten der Angst-Exposition	
28	V	Planen der Selbstbehauptung	Selbstbehauptungstraining
	R	Erläuterungen	Selbstbehauptungstraining
29	V	Drehbuch, Rollenspiel, Vertrag	Selbstbehauptungstraining
	R	Erläuterungen	Selbstbehauptungstraining
30	V	Bis zur nächsten Therapiestunde	Selbstbehauptungstraining
	R	Erläuterungen	Selbstbehauptungstraining
31	V	Protokoll der Selbstbehauptungs-Übung	Selbstbehauptungstraining
	R	Erläuterungen	Selbstbehauptungstraining
32	V	Sprecherrolle: Sprechen lernen	Kommunikationstraining
	R	Erläuterungen	Kommunikationstraining
33	V	Zuhörerrolle: Zuhören lernen	Kommunikationstraining
	R	Erläuterungen	Kommunikationstraining
34	V	Konfliktgespräch führen lernen	Kommunikationstraining
	R	Erläuterungen	Kommunikationstraining
35	V	Regelmäßige Problemgespräche / Protokoll	Kommunikationstraining
	R	Erläuterungen	Kommunikationstraining
36	V	Üben, ohne das höchste Gut zu leben/Unabhängigkeit	Selbstständigkeitsstraining
	R	Erläuterungen	Selbstständigkeitsstraining
37	V	Selbstständigkeit: eigenen Freundeskreis aufbauen	Selbstständigkeitsstraining
	R	Erläuterungen	Selbstständigkeitsstraining

38	V	Selbstständigkeit: Eigenes Hobby ohne Partner	Selbstständigkeitstraining
	R	Erläuterungen	Selbstständigkeitstraining
39	V	Selbstständigkeit: Eigenen Geschmack entwickeln	Selbstständigkeitstraining
	R	Erläuterungen	Selbstständigkeitstraining
40	V	Selbstständigkeit: Tun, was andere nicht akzeptieren	Selbstständigkeitstraining
	R	Erläuterungen	Selbstständigkeitstraining
41	V	Selbstständigkeit: eigene Meinung vertreten	Selbstständigkeitstraining
	R	Erläuterungen	Selbstständigkeitstraining
42	V	Mittelmäßig sein lernen	Selbstständigkeitstraining
	R	Erläuterungen	Selbstständigkeitstraining
43	V	Tagesprotokoll Lust statt Pflicht	Lust-statt-Pflicht-Training
	R	Erläuterungen	Lust-statt-Pflicht-Training

Anmerkung. V: Vorderseite; R: Rückseite; SSK: Sprechstundenkarte.

4.3.6 Modul Trauer-Exposition

Das Modul Trauer-Exposition ist das dritte Modul der zweiten Säule (Fertigkeiten-Training) und fördert die Fertigkeit, Verluste zu verarbeiten. Es kommt nur dann zum Einsatz, wenn der Depression ein Verlust vorausging, dessen Verarbeitung durch die Depression verhindert wird. Das Modul besteht aus sechs SSK und einem Submodul. Das Gefühl der Trauer hilft dabei, den Verlust zu verarbeiten und das Verlorene loszulassen. Da die Patienten das Verlorene noch nicht loslassen können, wollen sie den endgültigen Verlust verhindern (Sulz & Deckert, 2012a). Durch Vergegenwärtigen des Verlustes und Aushalten lernen des Schmerzes, der Verzweiflung und der Trauer, kann Abschied genommen und losgelassen werden, bis das Gefühl habituiert und die Depression überflüssig wird. Tabelle 9 zeigt die SSK des sechsten Moduls.

Tabelle 9

SSK des Moduls Trauer-Exposition (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)

Karte Nr.	Seite	Inhalte der Sprechstundenkarten	Submodul
44	V	SSK-Übersicht: Modul Trauer-Exposition	
	R	Schritte der Trauer-Exposition	
45	V	Erinnern an das Wertvolle, Geliebte	Loslassen und Abschied
	R	Erläuterungen	Loslassen und Abschied
46	V	Spüren, wie sehr ich es brauche	Loslassen und Abschied
	R	Erläuterungen	Loslassen und Abschied
47	V	Vergegenwärtigen des Moments des Verlustes	Loslassen und Abschied
	R	Erläuterungen	Loslassen und Abschied
48	V	Wahrnehmen Schmerz, Verzweiflung und Trauer	Loslassen und Abschied
	R	Erläuterungen	Loslassen und Abschied

49	V	Das Gefühl da lassen, bis es von selbst verschwunden ist	Loslassen und Abschied
	R	Erläuterungen	Loslassen und Abschied

Anmerkung. V: Vorderseite; R: Rückseite; SSK: Sprechstundenkarte.

4.3.7 Modul Ärger-Exposition

Das Modul Ärger-Exposition ist das dritte Modul der zweiten Säule (Fertigkeiten-Training) und fördert den sozial kompetenten Umgang mit diesem Gefühl. Sie besteht aus neun SSK und einem Submodul. Laut den Autoren ist dieses Modul der zentrale Baustein einer jeden antidepressiven Therapie (Sulz & Deckert, 2012a). Da viele Patienten mit Depression aggressionsgehemmt sind und sich selbst als wehr- und hilflos erleben (erlernte Hilflosigkeit), ist der Umgang mit Ärger einer der wichtigsten Komponenten einer funktionalen und sozial kompetenten Emotionsregulation. Neben der Angst-Exposition wird auch hier der Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartung und der Abbau der erlernten Hilflosigkeit so lange gefördert, bis die Depression überflüssig wird. Tabelle 10 listet die SSK des siebten Moduls auf.

Tabelle 10

SSK des Moduls Ärger-Exposition (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)

Karte Nr.	Seite	Inhalte der Sprechstundenkarten	Submodul
50	V	SSK-Übersicht: Ärger-Exposition	
	R	Schritte der Ärger-Exposition	
51	V	Situationen sammeln, die ärgerlich machen	Umgang mit Ärger
	R	Erläuterungen	Umgang mit Ärger
52	V	Gefühl des Ärgers spüren	Umgang mit Ärger
	R	Erläuterungen	Umgang mit Ärger
53	V	Das Gefühl des Ärgers zulassen	Umgang mit Ärger
	R	Erläuterungen	Umgang mit Ärger
54	V	Unterscheiden von Gefühl und Handlung	Umgang mit Ärger
	R	Erläuterungen	Umgang mit Ärger
55	V	Aussprechen von Ärger	Umgang mit Ärger
	R	Erläuterungen	Umgang mit Ärger
56	V	Prüfen der Adäquatheit von Ärger	Umgang mit Ärger
	R	Erläuterungen	Umgang mit Ärger
57	V	Konstruktiv verhandeln: Kompromiss	Umgang mit Ärger
	R	Erläuterungen	Umgang mit Ärger
58	V	Verhandlung abschließen	Umgang mit Ärger
	R	Erläuterungen	Umgang mit Ärger

Anmerkung. V: Vorderseite; R: Rückseite; SSK: Sprechstundenkarte.

4.3.8 Modul Rückblick und Ausblick

Das Modul Rückblick und Ausblick enthält zwei SSK zur resümierenden Würdigung der Therapie und der erreichten Erfolge sowie zur Rückfallprophylaxe (Ausblick). Außerdem findet sich hier die Projekt- und Aufgabenkarte mit Wochenstrukturplan zur Planung, Durchführung und Kontrolle von Übungen zwischen den Therapiesitzungen. Diese Karte kann immer wieder kopiert und für alle Interventionen der PKP verwendet werden. Tabelle 11 zeigt die SSK des achten Moduls.

Tabelle 11

SSK des Moduls Rückblick und Ausblick (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)

Karte Nr.	Seite	Inhalte der Sprechstundenkarten	Submodul
59	V	SSK-Übersicht: Modul Rückblick und Ausblick	
	R	Am Ende der systematischen Therapie	
60	V	Ich kann was, wehre mich, traue mich, lasse los...	
	R	Gemeinsam das Therapieergebnis würdigen	
61	V	Projekt- und Aufgabenkarte	
	R	Wochenstrukturplan	

Anmerkung. V: Vorderseite; R: Rückseite; SSK: Sprechstundenkarte.

4.3.9 Modul Motivklärung/Persönlichkeitsentwicklung

Die dritte Säule der PKP besteht aus dem Modul Motivklärung/Persönlichkeitsentwicklung und wird in der antidepressiven Therapie nur dann benötigt, wenn es (unbewusste) Motive seitens des Patienten gibt, die einen therapeutischen Fortschritt verhindern. Wenn dies der Fall ist, werden mit diesem Modul die Veränderungsmotive des Patienten gestärkt. Das Modul besteht aus zwölf SSK und vier Submodulen.

Die SBT (Sulz, 1998a, b, 2011; Sulz & Hauke, 2009) geht davon aus, dass sich in der Kindheit ein Oberplan des Lebens entwickelt, der die das Verhalten steuernden zentralen Gefühle (Angst, Ärger), zentralen Bedürfnisse und dysfunktionalen Persönlichkeitszüge zu einer emotionalen Überlebensregel zusammenfügt. Diese Überlebensregel, die in der Kindheit hochfunktional war und das emotionale Überleben sicherte, wird später in der Entwicklung dysfunktional, wenn sie sich nicht den sich ergebenden Veränderungen anpasst.

Abbildung 4 veranschaulicht die einzelnen Komponenten der Überlebensregel und damit der dritten Säule der PKP.



Abbildung 4. Komponenten der dritten Säule (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a).

Im Folgenden soll kurz dargestellt werden, wie eine emotionale Überlebensregel als ursächliche Bedingung für die Entstehung einer depressiven Erkrankung mitverantwortlich sein kann (vgl. Sulz, 1998a, b, 2011; Sulz & Hauke, 2009).

Als Folge der Eltern-Kind-Interaktionen entstehen aufseiten des Kindes in Abhängigkeit von seinem Temperament Befriedigungen, Frustrationen und Bedrohungen. Dadurch werden bestimmte Bedürfnisse und Ängste zentral und formen ein spezifisches Annäherungs- und Vermeidungsverhalten, z.B. einem Streben nach Anerkennung oder Sicherheit oder einem Vermeiden von Verlassen werden oder Kontrollverlust. Außerdem führen diese Erfahrungen auch zu Frustrationen, die im gesunden Zustand im Gefühl des Ärgers gegenüber den Eltern oder anderen Bezugspersonen resultieren, das jedoch aufgrund der zentralen Ängste verboten ist und also gehemmt bzw. blockiert werden muss. Das psychische Homöostase-System, das versucht, alle psychischen Prozesse im Gleichgewicht zu halten, versucht primär, das emotionale Überleben zu sichern. Ist dafür eine dauerhafte Unterdrückung aggressiver Ärger-Tendenzen notwendig, so entwickelt sich oft eine unsichere oder dependente Persönlichkeit, die ängstlich statt wütend ist. Kommt es dann später zu herausfordernden Aufgaben und Problemen, so sind die Patienten diesen oft nicht gewachsen und können aufgrund ihres eingeschränkten Verhaltensrepertoires sich nicht erfolgreich verhalten (erlernte Hilflosigkeit, geringe Selbstwirksamkeitserwartung, Hoffnungslosigkeit). Verhaltensweisen, die die Situation selbstsicher und erfolgreich bewältigen lassen würden, sind aufgrund der Überlebensregel verboten und ein Verstoß dagegen würde die Überlebensregel verletzen und zu psychischen Schädigungen führen. In der Folge bleibt oft nur die Symptombildung als Reaktion auf das Zusammenspiel zwischen Situations- und Organismus-Variablen. Welche Situation zu welcher Symptombildung führt, hängt dabei stark von der emotionalen Überlebensregel und den darin repräsentierten dysfunktionalen Persönlichkeitszügen ab, was bei der Planung und Durchführung der Psychotherapie zu beachten ist. Durch die therapeutische Arbeit an der verbotsorientierten Überlebensregel entsteht schließlich eine erlaubnisgebende Lebensregel, so dass die Blockade der Veränderungsmotivation ihre Funktionalität verliert und mit der Therapie der ersten bzw. zweiten Säule der PKP fortgefahren werden kann.

Abbildung 5 veranschaulicht überblicksartig das Zusammenspiel aus zentraler Angst, zentralem Bedürfnis und zentraler Wut auf der einen Seite und der emotionalen Überlebensregel und der Persönlichkeit auf der anderen Seite.

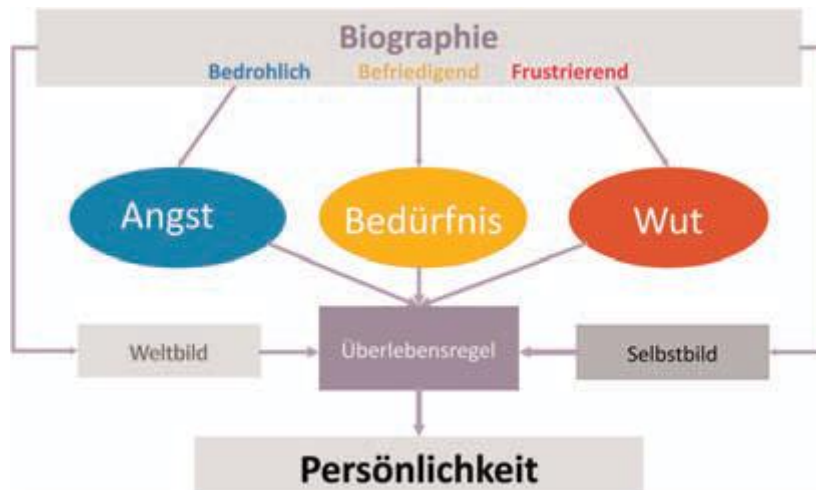


Abbildung 5. Überblick emotionale Überlebensregel (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a).

Tabelle 12 listet die SSK des neunten Moduls und die dazugehörigen Submodule auf.

Tabelle 12

SSK des Moduls Überlebensregel (zit. nach Sulz & Deckert, 2012a)

Karte Nr.	Seite	Inhalte der Sprechstundenkarten	Submodul
1	V	Meine Überlebensregel	
	R	Erläuterungen	
2	V	Biographie und Persönlichkeit	Modell der Überlebensregel
	R	Meine Überlebensregel erarbeiten	Modell der Überlebensregel
3	V	Meine Bedürfnisse	Modell der Überlebensregel
	R	Erläuterungen	Modell der Überlebensregel
4	V	Formen zentraler Angst	Modell der Überlebensregel
	R	Erläuterungen	Modell der Überlebensregel
5	V	Meine Persönlichkeitszüge	Modell der Überlebensregel
	R	Erläuterungen	Modell der Überlebensregel
6	V	Lerngeschichte 1	Lerngeschichte
	R	Erläuterungen	Lerngeschichte
7	V	Lerngeschichte 2	Lerngeschichte
	R	Erläuterungen	Lerngeschichte
8	V	Lerngeschichte 3	Lerngeschichte
	R	Erläuterungen	Lerngeschichte
9	V	Meine bisherige Überlebensregel	Überlebensregel
	R	Erläuterungen	Überlebensregel
10	V	Entgegen der Überlebensregel handeln	Überlebensregel

	R	Erläuterungen	Überlebensregel
11	V	Vertrag: Leben statt Überleben	Überlebensregel
	R	Erläuterungen	Überlebensregel
12	V	Meine neue Lebensregel	Lebensregel
	R	Erläuterungen	Lebensregel

Anmerkung. V: Vorderseite; R: Rückseite; SSK: Sprechstundenkarte.

4.4 Forschungsfragen

Die übergeordnete Forschungsfrage war die nach der Wirksamkeit der PKP. Die allgemeinen Aspekte von psychotherapeutischen Wirksamkeitsstudien wurden weiter oben beschrieben (siehe Punkt 2). Diese sind bei der Betrachtung der spezifischen Forschungsfragen zu berücksichtigen.

Da in der Studie von Kaufmayer (2019) die Wirksamkeit der PKP gegenüber einer Wartekontrollgruppe bereits nachgewiesen wurde, sollte in der vorliegenden Studie zusätzlich untersucht werden, wie schnell die PKP ihre Wirkung entfaltet und wann das Wirkungsmaximum erreicht ist (Dosis-Wirkungs-Relation; Effizienz). Die Wirksamkeit wurde dabei auf verschiedenen Therapiedimensionen operationalisiert und erfasst. Dabei ging es in erster Linie um die Messung der Reduktion der depressionsspezifischen Symptomatik (BDI-II, VDS90-Depression, VDS14-Depression). Jedoch wurde auch erfasst, inwieweit sich die psychopathologische Gesamtsymptomatik verbesserte (VDS90-Gesamt, VDS14-Gesamt) und wie die Patienten die Veränderung des Erlebens und Verhaltens durch die Therapie direkt bewerteten (VEV). Darüber hinaus wurde gemessen, inwieweit die spezifische Behandlung der depressiven Symptomatik auch Einfluss auf die Veränderung dysfunktionaler Persönlichkeitsmerkmale hat (VDS30). Des Weiteren wurden das Globale Funktionsniveau (GAF) sowie „harte“ Gesundheitsfakten (QMP02) erfasst, nämlich die Verteilung der Arbeitsfähigkeit innerhalb der Stichproben sowie die Anzahl der arbeitsunfähigen Tage in den jeweils letzten drei Monaten. Zuletzt wurde noch die Flexibilisierung der emotionalen Überlebensregel als Maß der Emotionsregulation gemessen.

Aus diesen Betrachtungen und in Anlehnung an die Studien von Hebing (2012) und Kaufmayer (2019) ergeben sich folgende zu prüfende Hypothesen:

Hypothese 1 – Effektivität der PKP

Es wird angenommen, dass nach 24 Therapieeinheiten ein signifikant besseres Ergebnis hinsichtlich der allgemeinen und der depressionsspezifischen psychopathologischen Symptomatik vorliegt, als zu Beginn der Behandlung und dass sich zwischen der KZT-Gruppe und der LZT-Gruppe kein signifikanter Unterschied feststellen lässt.

Hypothese 2 – Effizienz der PKP

Es wird angenommen, dass nach sechs weiteren Erhaltungseinheiten in der KZT-Gruppe bzw. nach 20 weiteren Therapieeinheiten in der LZT-Gruppe kein weiterer signifikanter Wirksamkeitsanstieg hinsichtlich der allgemeinen und der depressionsspezifischen psychopathologischen Symptomatik mehr zu beobachten ist und sich die zwei Gruppen darin ebenfalls nicht unterscheiden.

Hypothese 3 – Stabilität des Therapieerfolgs

Es wird angenommen, dass in beiden Gruppen der Therapieerfolg nachhaltig und stabil ist, so dass es zum Zeitpunkt der Katamnese zu keiner erneuten Verschlechterung der Symptomatik kommt.

Hypothese 4 – Flexibilisierung der Überlebensregel

Es wird angenommen, dass sich die Emotionsregulation in beiden Gruppen bis zur 24. Therapieeinheit signifikant verbessert und darüber hinaus stabil bleibt oder noch weiter verbessert.

Hypothese 5 – Therapieerfolg in Relation zur Emotionsregulation

Es wird angenommen, dass die Patienten umso stärker von der Therapie profitieren, je mehr sich ihre Emotionsregulation verbessert hat.

Hypothese 6 – Differentielle und prädiktive Effekte

Es wird angenommen, dass es Effekte gibt, die die Patienten dergestalt differenzieren, dass nicht jeder Patient zu jedem Messzeitpunkt gleichermaßen von der Therapie profitiert bzw. dass es Patientenmerkmale gibt, die eine Zuordnung zu einer der beiden Therapiegruppen ermöglichen und somit eine Vorhersage (Prognose) für den Therapieerfolg in der einen oder anderen Therapiegruppe ermöglichen könnten. Dabei kommen sowohl störungsspezifische (z.B. Schwere der depressiven Symptome) als auch störungsübergreifende Faktoren (z.B. globales Funktionsniveau, soziodemographische Faktoren, Persönlichkeitsakzentuierungen) zu Beginn der Therapie in Frage, die einen Therapieerfolg bzw. -misserfolg vorhersagen könnten bzw. den Therapieerfolg begünstigen könnten.

5. Methodik

5.1 Beschreibung der Studie

Die Feldstudie wurde zur Evaluation der Wirksamkeit der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) der Depression durchgeführt. Dabei ging es sowohl um die Feststellung der generellen Wirksamkeit (Effektivität), also der methodischen Eignung der PKP zur Behandlung von Depressionen, als auch um die Frage der Dosis-Wirkungs-Relation (Effizienz), also der Erzielung eines möglichst schnellen Therapieerfolgs bzw. der Frage nach der maximalen Wirkungsentfaltung.

Außerdem sollten störungsspezifische und störungsübergreifende Faktoren, wie z.B. Ausmaß der Depressivität, Persönlichkeitsakzentuierungen oder sozioökonomische Variablen explorativ untersucht werden, um mögliche Prädiktoren und differentielle Effekte des Therapieerfolgs aufzuspüren.

Die Studie wurde von Oktober 2011 bis Oktober 2017 an den Ambulanzen des Centrums für Integrative Psychotherapie (CIP) und der Bayerischen Privaten Akademie für Psychotherapie (BAP) in München durchgeführt. Die zu evaluierenden Therapien wurden unter realistischen Versorgungsbedingungen an einer Stichprobe von 156 Patienten durchgeführt.

Im Rahmen dieser Evaluationsstudie wurden neben der vorliegenden Arbeit eine weitere Dissertation (Kaufmayer, 2019) sowie sechs Diplomarbeiten in Klinischer Psychologie verfasst.

5.1.1 Erste Phase der Studie

Die Arbeit von Kaufmayer (2019) untersuchte die Wirksamkeit der PKP anhand einer Kurzzeittherapiegruppe im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe. Dabei erhielten die Patienten der Kurzzeittherapie (KZT) 24 wöchentliche 50-minütige Therapieeinheiten (sog. Akuttherapie). Im Anschluss daran erfolgte die sog. Erhaltungstherapie mit sechs monatlichen Therapieeinheiten. Sechs Monate nach Abschluss der Erhaltungstherapie fand eine abschließende Katamnesesitzung statt.

Die Patienten der Wartekontrollgruppe warteten sechs Monate bzw. 24 Wochen auf einen Therapieplatz und wurden jeweils davor und danach psychometrisch und mit diagnostischen Interviews evaluiert. Die Wartezeit entsprach den im deutschen Versorgungssystem üblichen Wartezeiten. Im Anschluss an die Wartezeit wurden den Patienten Therapieplätze vermittelt, soweit ein Bedarf vorhanden war.

5.1.2 Zweite Phase der Studie

Die Patienten der KZT bildeten die Kontrollgruppe (historische Stichprobe) für die vorliegende Arbeit. Die Patienten der LZT erhielten 44 wöchentliche 50-minütige Therapieeinheiten. Im Anschluss erfolgte keine ausschleichende Erhaltungstherapie. Sechs Monate nach Abschluss der Langzeittherapie erfolgte auch hier eine abschließende Katamnesesitzung. Die Anzahl der Therapieeinheiten entsprach dem zum Zeitpunkt der Studiendurchführung üblichen Therapieumfang einer ambulanten LZT.

Ging es in der Phase eins um die Evaluation der Wirksamkeit der PKP im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Psychotherapie (Effektivität), so ging es in der zweiten Phase primär um

die Evaluation der ökonomischen Wirksamkeit der PKP (Effizienz). Unter klinischen Gesichtspunkten sollte aber auch die Wirksamkeit der LZT hinsichtlich der methodischen Eignung untersucht bzw. bestätigt werden.

5.1.3 Durchführung

Die an der Studie teilnehmenden Therapeuten meldeten zu Beginn der Studie den Studienleitern ihre konkreten Kapazitäten an Therapieplätzen. Patienten, die sich an einer der Ambulanzen mit dem Wunsch nach einer Psychotherapie meldeten, wurden in zwei Erstgesprächen von einem geschulten Erstgesprächstherapeuten auf ihre Eignung zur Teilnahme an der Studie untersucht und in der ersten Phase der KZT und in der zweiten Phase der LZT zugeteilt. Außerdem wurden sie aufgeklärt und ihr schriftliches Einverständnis eingeholt. Bei entsprechender Eignung und Einverständnis wurden sie im Anschluss an die behandelnden Therapeuten vermittelt.

Um ein möglichst realistisches Abbild der Versorgungssituation zu ermöglichen (externe Validität) und da die zwei Phasen der Studie nicht parallel durchgeführt wurden, wurden die Patienten nicht randomisiert den einzelnen Bedingungen zugeordnet. Dieses naturalistische Design geht zwar auf Kosten der internen Validität, liefert jedoch Daten, die konkret abbilden, womit Patienten und Therapeuten in der alltäglichen Therapiesituation konfrontiert sind.

Die Erhebung der diagnostischen Daten erfolgte zum Teil in den Erstgesprächen, zum Teil in den probatorischen Sitzungen vor Beginn der eigentlichen Therapie. Die Durchführung der Therapie selbst erfolgte wie oben beschrieben (siehe Punkt 4).

Es gab insgesamt acht Messzeitpunkte, an denen Daten zur Evaluation des Therapieerfolgs erhoben wurden:

- Die Erhebung der Baseline fand vor der Therapie in den Erstgesprächen und in den probatorischen Sitzungen statt sowie die Erhebung der Überlebensregel und deren Evaluation innerhalb der ersten 7 Therapiestunden (t0).
- Die erste Zwischenmessung erfolgte nach der 8. Sitzung (t1).
- Die zweite Zwischenmessung erfolgte nach der 16. Sitzung (t2).
- Die Erhebung der dritten Zwischenmessung erfolgte am Ende der KZT bzw. in der ungefähren Mitte der LZT nach 24 durchgeführten Therapieeinheiten (t3).
- Die vierte Zwischenmessung erfolgte nach der 32. Sitzung (t4; nur LZT).
- Die fünfte Zwischenmessung erfolgte nach der 40. Sitzung (t5; nur LZT).
- Die Erhebung der Abschlussmessung erfolgte am Ende der Erhaltungstherapie (KZT) nach insgesamt 30 Therapieeinheiten bzw. am Ende der LZT nach 44 Therapieeinheiten (t6).
- Die Erhebung der Follow-up-Messung erfolgte in der Katamnesesitzung sechs Monate nach Ende der Erhaltungstherapie (KZT) bzw. der LZT (t7).

Insgesamt fand die Durchführung beider Studien und die Erhebung der Daten über einen Zeitraum von ca. sechs Jahren statt. Dabei erfolgten Therapiebeginn und –ende in Abhängigkeit des individuellen Versorgungsbedarfs der Patienten sowie der Kapazitäten der Therapeuten in diesem Zeitraum, was zur Folge hatte, dass nicht alle Patienten gleichzeitig mit der Therapie begannen und die Therapie abschlossen. Etwaige Abweichungen vom Studiendesign, z.B. durch Urlaub, Krankmeldungen oder Umzug, führten nicht automatisch zum Ausschluss aus der Studie, da solche Varianzanteile der realistischen Versorgungssituation entsprechen und

also auch in der Studie abgebildet werden sollten. Abbrecher waren Patienten, die nach der ersten Zwischenmessung (t1) die Therapie nicht fortgeführt haben. Patienten wurden nur dann aus der Auswertung gänzlich ausgeschlossen (Dropout), wenn sie entweder den allgemeinen Ausschlusskriterien entsprachen (siehe Punkt 5.2.2) oder nach dem Erstgespräch bzw. der Probatorik und vor der ersten Zwischenmessung (t1) abgebrochen haben.

5.1.4 Therapeuten

Die an der Studie teilnehmenden Therapeuten waren Psychologen in Ausbildung, die ihre Ausbildungen in Verhaltenstherapie für Erwachsene (VT-E) entweder am CIP und an der BAP absolvierten. Zu Beginn der Studienteilnahme war die Ausbildung bereits fortgeschritten. Die Therapeuten wurden in der PKP geschult und sie wurden durch Einzel- und Gruppensupervision während der gesamten Studienteilnahme regelmäßig und intensiv supervidiert. Insgesamt wirkten in der Studie 34 Therapeuten mit, 16 in der Behandlung der KZT-Gruppe (davon 3 männliche Therapeuten) und 18 in der Behandlung der LZT-Gruppe (davon 6 männlich).

5.1.5 Eigenbeteiligung des Autors

Der Autor der vorliegenden Arbeit war an dieser Studie wie Kaufmayer (2019) bei dessen Studie und auch Hebing (2012) bei deren Studie als praktizierender Therapeut beteiligt und behandelte 8 Patienten. Außerdem war er an der Planung beteiligt und kontrollierte die Datenerhebung. Um die Allegiance des Autors zu kontrollieren (Munder et al., 2013), wurde die Datenauswertung durch externe Experten, die selbst nicht an der Studie teilnahmen, supervidiert.

5.2 Stichprobe

5.2.1 Einschlusskriterien

In die Studie wurden Patienten eingeschlossen, die die Diagnosekriterien einer depressiven Episode (ICD-10: F32.0/1/2), einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.0/1/2), einer Dysthymia (ICD-10: F34.1) oder einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10: F43.2) erfüllten. Das Mindestalter war 18 Jahre. Außerdem waren ausreichende Deutschkenntnisse erforderlich. Komorbiditäten waren erlaubt, solange das depressive Syndrom ätiologisch im Vordergrund stand und keines der Ausschlusskriterien (siehe Punkt 5.2.2) erfüllt war.

5.2.2 Ausschlusskriterien

Von der Studie ausgeschlossen wurden Patienten, die akute psychotische Symptome zeigten oder in der Vorgeschichte die Diagnose einer Schizophrenie erfüllten. Außerdem führte ein erhebliches Suizidrisiko bzw. akute Suizidalität oder selbstverletzendes Verhalten zum Ausschluss aus der Studie. Des Weiteren wurden Patienten mit der Diagnose einer bipolaren Störung, einem psychoorganischem Hirnsyndrom, Intelligenzminderung, Borderline-

Persönlichkeitsstörung (BPS), Essstörung (außer seit einem Jahr remittiert) sowie akuter Substanzabhängigkeit oder Substanzabhängigkeit in den letzten zwei Jahren vor Studienteilnahme (Ausnahme: Nikotin-Abhängigkeit) ausgeschlossen. Eine zu Beginn der Studienteilnahme neu aufgetretene Agoraphobie, Soziale Phobie, Panikstörung, Generalisierte Angststörung (GAS) oder Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) führte ebenfalls zum Ausschluss. Zuletzt führte eine innerhalb der acht Wochen vor Beginn der Studienteilnahme wesentliche Dosiserhöhung antidepressiver Medikation sowie Nichtansprechen auf Elektrokrampftherapie (EKT) oder auf drei adäquate Versuche unterschiedlicher medikamentöser Therapie mit mindestens zwei Klassen von Antidepressiva oder auf zwei unterschiedliche Psychotherapien in empirisch fundierten Verfahren innerhalb drei Jahre vor Beginn der Studienteilnahme zum Ausschluss von der Studie.

5.2.3 Rekrutierung

Patienten, die während der Zeit der Studie in einer der Ambulanzen des CIP oder der BAP vorstellig wurden, die Einschlusskriterien und keine Ausschlusskriterien erfüllten und sich mit der Teilnahme an der Studie einverstanden erklärten, wurden von den Erstgesprächstherapeuten an Studientherapeuten vermittelt, soweit diese offene Therapieplätze angezeigt hatten. Kam eine Vermittlung nicht zustande, wurden die Patienten von dem jeweiligen Erstgesprächstherapeuten an andere Therapeuten außerhalb der Studie vermittelt.

5.2.4 Beschreibung der Stichproben

Im Folgenden werden soziodemographische und klinische Merkmale der Stichproben, welche zu Beginn der Studie erfasst wurden, in Tabelle 13 aufgezählt und statistisch bedeutsame Unterschiede anschließend kurz erläutert. Um zu prüfen, ob sich die zwei Therapiegruppen hinsichtlich bestimmter Merkmale unterscheiden, wurden statistische Tests gerechnet (Beschreibung der Verfahren siehe Punkt 5.4.1). Unterschiede hinsichtlich der Stichprobengröße in den einzelnen Parametern ergeben sich aufgrund von Dropouts oder fehlenden Daten. Diese fehlenden Daten wurden nicht durch statistische berechnete Parameter ersetzt, sondern als solche in der Datenmatrix belassen. Dadurch wurden unterschiedlich große Stichproben zu den verschiedenen Messzeitpunkten in Kauf genommen, um ein möglichst realistisches Abbild der konkreten Versorgungssituation zu erreichen.

Tabelle 13

Stichprobenmerkmale der KZT und LZT

Variable	KZT	LZT	Prüfgröße	Signifikanz	Effektstärke
<i>n</i>	77	79	-	-	-
<hr/>					
Geschlecht					
weiblich	44 (57%)	45 (57%)	$\chi^2(1) = 0.001$	$p = .982$	
männlich	33 (43%)	34 (43%)			
<hr/>					
Alter					
<i>M</i>	38.75	39.89	$t(154) = -0.58$	$p = .564$	
<i>SD</i>	12.00	12.55			
Range	18-71	19-73			
<hr/>					
Familienstand					
ledig	31 (40%)	42 (53%)	$\chi^2(2) = 2.85$	$p = .241$	
in Partnerschaft	4 (5%)	1 (1%)			
verheiratet	14 (18%)	26 (33%)			
geschieden	8 (10%)	5 (6%)			
keine Angabe/missing	20 (26%)	5 (6%)			
<hr/>					
Bildungsabschluss					
Hauptschule	11 (14%)	10 (13%)	$\chi^2(3) = 11.77$	$p < .01^{**}$	$V = 0.30$
Realschule	17 (22%)	21 (27%)			
Abitur	18 (23%)	17 (22%)			
Fachhochschule	4 (5%)	1 (1%)			
Universität	6 (8%)	30 (38%)			
keine Angabe/missing	21 (27%)	-			
<hr/>					
Erwerbssituation					
erwerbstätig	53 (69%)	57 (72%)	$\chi^2(1) = 6.00$	$p < .05^*$	$\phi = 0.21$
nicht erwerbstätig	5 (7%)	19 (24%)			
berentet	1 (1%)	3 (4%)			
keine Angabe/missing	18 (23%)	-			
<hr/>					
Psychopharmaka					
ja	26	27	$\chi^2(1) = 0.003$	$p = .957$	
nein	51	52			
<hr/>					
Diagnose					
F32.0/.1/.2	39	29	$\chi^2(2) = 4.02$	$p = .134$	
F33.0/.1/.2	27	39			
F34.1	3	1			
F43.2	7	10			

Depressivität					
BDI-II					
<i>M</i>	24.99	24.22	$t(147) = 0.48$	$p = .634$	
<i>SD</i>	9.69	9.83			
VDS90					
<i>M</i>	1.42	1.39	$t(135) = 0.33$	$p = .742$	
<i>SD</i>	0.66	0.58			
VDS14					
<i>M</i>	1.54	1.95	$t(128) = -4.07$	$p < .001^{***}$	$d = -0.72$
<i>SD</i>	0.64	0.58			
Gesamt-Symptomatik					
VDS90					
<i>M</i>	0.65	0.65	$t(135) = -.071$	$p = .943$	
<i>SD</i>	0.26	0.32			
VDS14					
<i>M</i>	0.25	0.17	$t(92) = 2.519$	$p = .013^*$	$d = .525$
<i>SD</i>	0.22	0.16			
GAF					
<i>M</i>	59.66	56.63	$t(133) =$	$p = .018^*$	$d = 0.415$
<i>SD</i>	7.16	7.49	2.391		
Range	46-80	32-80			
VDS30					
Selbstunsicher					
<i>M</i>	1.28	1.22	$t(133) = 0.42$	$p = .674$	
<i>SD</i>	0.69	0.79			
Dependent					
<i>M</i>	1.11	0.97	$t(133) = 1.15$	$p = .251$	
<i>SD</i>	0.69	0.69			
Zwanghaft					
<i>M</i>	1.08	1.04	$t(133) = 0.47$	$p = .636$	
<i>SD</i>	0.53	0.58			
Passiv-aggressiv					
<i>M</i>	0.70	0.72	$t(130) = 0.42$	$p = .675$	
<i>SD</i>	0.51	0.56			
Histrionisch					
<i>MW</i>	1.08	0.91	$t(130) = 1.52$	$p = .133$	
<i>SD</i>	0.61	0.65			

Schizoid					
<i>M</i>	0.60	0.79	$t(128) = -2.04$	$p < .05^*$	$d = -0.36$
<i>SD</i>	0.47	0.59			
Narzisstisch					
<i>M</i>	0.84	0.80	$t(130) = 0.38$	$p = .701$	
<i>SD</i>	0.46	0.54			
Borderline					
<i>M</i>	0.70	0.67	$t(132) = 0.37$	$p = .711$	
<i>SD</i>	0.57	0.47			
Paranoid					
<i>M</i>	0.44	0.62	$t(133) = -1.24$	$p = .217$	
<i>SD</i>	0.40	1.12			
Gesamtwert					
<i>M</i>	0.84	0.83	$t(126) = .366$	$p = .711$	
<i>SD</i>	0.34	.43			
FB-ÜR					
<i>M</i>	2.10	1.99	$t(92) = 1.58$	$p = .118$	
<i>SD</i>	0.29	0.40			

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie.

Die statistisch bedeutsamen Unterschiede im Bildungsabschluss und in der Erwerbssituation sind aufgrund fehlender Daten in der KZT-Gruppe nicht auswertbar. Die statistisch bedeutsamen Unterschiede im VDS14 (Depressivität und Gesamtwert), im GAF sowie im VDS30 (schizoid) sind klinisch nicht relevant, da sie jeweils in der gleichen Kategorie liegen.

5.2.5 Dropouts und Abbrecher

Patienten, die die Therapie nach dem Erstgespräch bzw. nach den probatorischen Sitzungen nicht antraten oder bis zur ersten Zwischenmessung (t_1) abbrachen, wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt (Dropouts). Patienten, die die Therapie begonnen hatten, jedoch nicht bis zur letzten Erhaltungstherapie-Sitzung (KZT) bzw. bis zur letzten Therapiesitzung (LZT) fortsetzten, gelten als Abbrecher. Als Abbruchszeitpunkt wurde dabei der letzte vorliegende Datenpunkt des BDI-II (Hautzinger, Keller, & Kühner, 2016) für die Selbstbeurteilung bzw. des GAF für die Fremdbeurteilung (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) definiert. Patienten, bei denen keine Daten zum Zeitpunkt der Katamnese vorlagen, wohl aber zum Zeitpunkt der letzten regulären Therapiesitzung, galten nicht als Abbrecher, da sie die Therapie wie geplant abgeschlossen hatten und die Katamnese lediglich zu diagnostischen Zwecken diente. Unabhängig vom Zeitpunkt des Therapieabbruchs blieben die Patienten in der Auswertung der Gesamtstichproben, um das naturalistische Design der Studie nicht zu verzerren. Neben fehlenden Daten aufgrund von Non-Compliance war der Therapieabbruch eine weitere Varianzquelle. Die Gründe für einen Abbruch waren sehr vielfältig: Umzug, Symptom-Verbesserung, Unzufriedenheit mit der Therapie, Wechsel des Therapeuten, Ausfall

des Therapeuten, längere Krankheit oder Abwesenheit (z.B. stationäre Behandlung, Auslandsaufenthalt), Abbruch ohne Begründung u.a. Da es keine spezifischen Hypothesen für die Gründe bzw. Ursachen des Abbruchs gab, wurden diese hier auch nicht systematisch erfasst. In der KZT-Gruppe brachen insgesamt 22 Patienten die Therapie ab (29%), 4 davon nach der 8. Sitzung (5%), 6 nach der 16. Sitzung (8%) und 12 nach der 24. Sitzung (16%). In der LZT-Gruppe brachen insgesamt ebenfalls 22 Patienten die Therapie ab (28%), davon 1 nach der 8. Sitzung (1%), 4 nach der 16. Sitzung (5%), 6 nach der 24. Sitzung (8%), 6 nach der 32. Sitzung (8%) und 5 nach der 40. Sitzung (6%).

Um auszuschließen, dass die Abbrecher die Ergebnisse unerwünscht verzerrten, wurde untersucht, ob sich die Abbrecher zu Beginn klinisch relevant von den Completern hinsichtlich ihrer Depressivität unterschieden. Für den Fall, dass die Abbrecher klinisch bedeutsam schlechter gestellt wären, würde dies das Therapieergebnis zum Positiven hin verzerren, für den Fall, dass die Abbrecher zu Beginn deutlich besser gestellt wären, würde dies das Therapieergebnis zum Negativen hin verzerren. Da die Abbruchquoten sehr gering waren, fallen statistische Tests für die einzelnen Subgruppen aus und die Ergebnisse werden lediglich klinisch verglichen. Für einen etwaigen Unterschied zwischen den Gesamtgruppen der Abbrecher und der Completer wurde ein *t*-Test berechnet. Das Ergebnis ergab keinen Unterschied zwischen den Gruppen ($t = -.989$, $df = 147$, $p = .324$), was bedeutet, dass die Abbrecher das Ergebnis wahrscheinlich nicht verzerrten. Tabelle 14 zeigt die Abbrecherquoten mit den dazugehörigen Mittelwerten und Standardabweichungen im BDI-II zu Beginn der Therapie.

Tabelle 14

Abbrecher und Completer

Abbruchzeitpunkt	KZT				LZT			
	Anzahl	PR	<i>M</i>	<i>SD</i>	Anzahl	PR	<i>M</i>	<i>SD</i>
Nach der 8. Sitzung	4	5	24.25	4.27	1	1	16.0	-
Nach der 16. Sitzung	6	8	26.33	9.33	4	5	26.25	9.81
Nach der 24. Sitzung	12	16	20.78	10.71	6	8	19.33	12.93
Nach der 32. Sitzung	-	-	-	-	6	8	23.83	11.13
Nach der 40. Sitzung	-	-	-	-	5	6	26.80	12.24
Insgesamt	22	29	23.26	9.20	22	28	23.36	11.10
Completer	55	71	25.59	9.87	57	72	24.57	9.35

Anmerkungen. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; PR: Prozent; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung

5.3 Messinstrumente

Zur Messung der Wirksamkeit der PKP kamen folgende routinemäßig eingesetzten Instrumente zum Einsatz: das Beck Depressions-Inventar (BDI-II; Hautzinger, Keller, & Kühner, 2016), das Verhaltensdiagnostiksystem (VDS; Sulz, 1992, 2000b, 2008), das Global Assessment of Functioning (GAF; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003), der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV; Zielke & Kopf-Mehnert, 1978), der Fragebogen Evaluation:

Veränderung der Überlebensregel (FB-ÜR; Sulz & Hebing, 2007) sowie der QMP02 – Beanspruchung des medizinischen Systems und Arbeitsfähigkeit (Sulz, 2005). Dabei waren der BDI-II, VDS90, VDS30, VEV, FB-ÜR und QMP02 Selbstbeurteilungsskalen und der VDS14 und GAF Fremdbeurteilungsskalen, die von den behandelnden Therapeuten bearbeitet wurden. Tabelle 15 zeigt, welche Instrumente zu welchen Messzeitpunkten eingesetzt wurden.

Tabelle 15

Erhebungsinstrumente in Abhängigkeit vom Messzeitpunkt

Therapiestunde	Baseline	8.	16.	24.	32.	40.	E6/44.	Katamnese
Messzeitpunkt	t0	t1	t2	t3	t4	t5	t6	t7
BDI-II	X	X	X	X	X	X	X	X
VDS90	X	-	-	X	-	-	X	X
VDS14	X	-	-	X	-	-	X	X
VDS30	X	-	-	X	-	-	X	X
GAF	X	-	-	X	-	-	X	X
VEV	-	-	-	X	-	-	X	X
FB-ÜR	X	-	-	X	-	-	X	X
QMP02	X	-	-	X	-	-	X	X

Im Folgenden werden die einzelnen Messinstrumente hinsichtlich ihrer testtheoretischen und testpraktischen Merkmale beschrieben.

5.3.1 Beck Depression-Inventar (BDI-II)

Das Beck Depressions-Inventar (BDI-II; Hautzinger, Keller & Kühner, 2016) ist ein weltweit eingesetzter und etablierter Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung des Schweregrads von Depressivität. Es besteht aus 21 Items mit jeweils 4 Antwortmöglichkeiten, die konkrete Verhaltens- bzw. Erlebensweisen beinhalten. Dabei werden Punktwerte zwischen 0 und 3 vergeben und als Summenwert addiert. Der Patient soll beurteilen, welche der 4 Aussagen in Bezug auf die letzten zwei Wochen am ehesten auf ihn zutrifft. Die 21 Items sind: Traurigkeit, Pessimismus, Versagensgefühle, Verlust an Freude, Schuldgefühle, Bestrafungsgefühle, Selbstablehnung, Selbstkritik, Suizidgedanken, Weinen, Unruhe, Interessensverlust, Entschlussunfähigkeit, Wertlosigkeit, Energieverlust, Veränderungen der Schlafgewohnheiten, Reizbarkeit, Appetitveränderung, Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit und Verlust an sexuellem Interesse. Damit werden sowohl die Diagnosekriterien des ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2016) als auch des DSM-V (Falkai & Wittchen, 2018) abgedeckt. Das Instrument ist geeignet, die Schwere der Depression bei psychiatrisch diagnostizierten Jugendlichen ab 13 Jahren und bei Erwachsenen zu beurteilen. Es eignet sich nicht als alleiniges Instrument zur Erstellung einer Diagnose, da depressive Symptome bei einer Vielzahl anderer psychischer und körperlicher Erkrankungen auftreten können (Hautzinger, Keller & Kühner, 2016). Daher wird empfohlen, zusätzlich weitere diagnostische Instrumente zur Erstellung einer Diagnose einzusetzen.

Hinsichtlich der testtheoretischen Gütekriterien gilt das BDI-II als sehr gut abgesichert. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) reichen bei internationalen psychiatrischen Stichproben von

.89 bis .94 und bei nichtpsychiatrischen Stichproben von .88 bis .91. Die Retest-Reliabilität wird mit .74 bis .96 berichtet. In Bezug auf die konvergente Validität mit anderen Depressionsskalen werden Werte zwischen $r = .68$ und $r = .89$ berichtet. Außerdem ist das BDI-II gut geeignet, sowohl zwischen Menschen mit und ohne Depression als auch zwischen Menschen mit Depression und Menschen mit anderen psychiatrischen Diagnosen zu diskriminieren. Des Weiteren ist es mit dem BDI-II möglich, Änderungen im Verlauf zu identifizieren (Änderungssensitivität). In einer Studie von Hiroe, Kojima, Mamamoto et al. (2005) entsprachen eine Differenz von 5 Punkten einer minimalen relevanten klinischen Veränderung, eine Differenz von 10-19 Punkten einer moderaten und 20 und mehr Punkte einer großen Veränderung. In deutschsprachigen Stichproben wurden die insgesamt guten Reliabilitäts- und Validitätskennwerte bestätigt (Hautzinger, Keller & Kühner, 2016). Der Test wurde als Papier-und-Bleistift-Test durchgeführt. Hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse gibt es folgende Empfehlung für Schwellenwerte:

Tabelle 16

Schwellenwerte im BDI-II (nach Hautzinger, Keller & Kühner, 2016)

Summenwert	Bezeichnung
0-8	Keine Depression
9-13	Minimale Depression
14-19	Leichte Depression
20-28	Mittelschwere Depression
29-63	Schwere Depression

Zu beachten ist, dass das letzte Urteil, ob und wenn ja, welche depressive Erkrankung vorliegt, dem Diagnostiker unterliegt. Außerdem weisen die Autoren darauf hin, dass die Grenzwerte auch von Stichprobenmerkmalen und Einsatzgebieten abhängen können. Außerdem können die Grenzwerte davon abhängen, wie viele falsch positive Menschen ohne Depression („Falscher Alarm“) und richtig positive Menschen mit Depression („Treffer“) bzw. falsch negative Menschen mit Depression („nicht erkannte Depression“) und richtig negative Menschen ohne Depression („Gesunde“) man anstrebt. Will man z. B. möglichst viele Menschen mit Depression identifizieren, kann es sinnvoll sein, den Grenzwert herabzusetzen. Die Anzahl der falsch Negativen wird dadurch reduziert, aber man riskiert, die Anzahl der falsch Positiven zu erhöhen. In klinischen Studien kann es laut Autoren (Hautzinger, Keller & Kühner, 2016) sinnvoll sein, den Grenzwert zu erhöhen, um die Anzahl der falsch Positiven zu reduzieren.

5.3.2 Verhaltensdiagnostiksystem (VDS)

5.3.2.1 VDS90 – Symptomliste

Die Symptomliste VDS90 ist ein Selbstbeurteilungsinstrument aus dem Verhaltensdiagnostiksystem (VDS; Sulz, 2008) und fragt mit insgesamt 90 Items 27 Syndrome ab. Die erfassten Syndrome sind: Schizophrenie, Manie, organisches Syndrom, Depression, Angst, Depersonalisation, Derealisation, Misstrauen/Ambivalenz, Neurasthenie, Schlafstörungen, Pavor nocturnus, Verhaltensrituale, Verhaltensstörungen, Tics,

Stottern/Poltern, Aggression, Sexualstörung, Zwang, Alkoholismus, Sucht, Essstörung, Schmerzstörung, Somatoforme Störung, Dissoziative Störung, Hypochondrie, Dymorphophobie, Posttraumatische Belastung. Das Instrument ist nicht geeignet, psychiatrische Diagnosen zu stellen, sondern dient als Screening-Instrument (Sulz & Grethe, 2005). Gefragt wird nach der Ausprägung der Symptomatik in den letzten sieben Tagen auf einer vierstufigen Likert-Skala (nicht, leicht, mittel, schwer ausgeprägt). Wenn sich Hinweise auf medizinisch relevante Symptome ergeben, soll der Befund durch ein klinisches Interview abgesichert werden. Ebenfalls kann ein Gesamtwert als Mittelwert aller 27 Skalen gebildet werden, der ein Maß für die Schwere der Gesamtsymptomatik darstellt, wobei Syndrome, die durch mehrere Items abgefragt werden (z.B. Angst, Depression), stärker ins Gewicht fallen. Für den VDS90 werden gute bis sehr gute Gütekriterien berichtet (Sulz & Grethe, 2005; Sulz et al., 2009). Für die Kriteriumsvalidität ergibt sich beim Vergleich mit der SCL-90-R (Franke, 2002) ein Wert von $r = .80$. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) wird zwischen $.60$ und $.89$ berichtet, für den Gesamtwert $.93$. Die Retestreliabilität wird mit $.88$ berichtet. Für die Auswertung dieser Studie werden das Syndrom Depression und der Gesamtwert des VDS90 verwendet.

5.3.2.2 VDS14 – Psychischer Befund

Das diagnostische Interview VDS14 ist ein Fremdbeurteilungsinstrument des Verhaltensdiagnostiksystem (VDS; Sulz, 2008) zur Erfassung des psychopathologischen Befundes und zur Erstellung psychiatrischer Diagnosen. Auf insgesamt 17 Hauptskalen können 201 psychische und psychosomatische Symptome hinsichtlich ihres Vorliegens und ihrer Ausprägung in den letzten vier Wochen beurteilt werden. Dabei wird bei jedem Hauptsyndrom mit einer Startfrage geprüft, ob das Syndrom vorliegt oder nicht. Bei Vorliegen kann das jeweilige Syndrom differenzierter abgefragt werden. Am Ende muss der Diagnostiker zu einem Urteil über das Vorliegen eines Syndroms kommen und unter Berücksichtigung weiterer Diagnosekriterien eine Syndrom-Diagnose stellen oder ausschließen. Die Schwere wird auf einer 4-stufigen Likert-Skala beurteilt (nicht, leicht, mittel, schwer ausgeprägt). Bezüglich der Testgütekriterien ergeben sich gute bis sehr gute Werte. Die Interrater-Reliabilität wird mit $.90$ berichtet (Sulz et al., 2002), die Übereinstimmung mit dem SKID-I (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) hinsichtlich der Diagnosen lag bei 81% (Sulz et al., 2011). Somit kann das VDS14 als geeignetes Instrument zur Diagnostik depressiver Erkrankungen angesehen werden.

5.3.2.3 VDS30 – Persönlichkeitsskalen

Das VDS30 ist ein Selbstbeurteilungsinstrument des Verhaltensdiagnostiksystems (VDS; Sulz, 2008) zur Beurteilung bestimmter Persönlichkeitsstile, nicht jedoch zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen. Es werden insgesamt neun Skalen mit jeweils zehn Items erfasst. Die Patienten sollen ihr Verhalten und Erleben im Allgemeinen auf einer vierstufigen Likert-Skala beurteilen (nicht, wenig, mittel, sehr). Die Skalen sind: Selbstunsicher, Dependent, Zwanghaft, Passiv-aggressiv, Histrionisch, Schizoid, Narzisstisch, Emotional instabil (Borderline) und Paranoid. Aus allen 90 Items kann auch ein Gesamtmittelwert „Neurotizismus“ gebildet werden (Sulz & Theßen, 1999). Die Testgütekriterien liegen im guten bis sehr guten Bereich (Sulz et al., 2009). Die interne Konsistenz für nicht-klinische Stichproben wird mit $.72$ -. 86 , für klinische Stichproben mit $.79$ -. 90 berichtet. Für den Gesamtwert Neurotizismus wird ein Reliabilitätskoeffizient von $.94$ -. 96 berichtet. Die Retestreliabilität wird für nicht-klinische

Probanden mit .70 bis .83 und für die Gesamtskala mit .81 berichtet. Der VDS30 erscheint damit gut geeignet, die relativ stabilen Persönlichkeitsstile zuverlässig zu erfassen.

5.3.3 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)

Der VEV (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem der Patient die subjektiv erlebte Veränderung durch die Therapie rückblickend einschätzen soll. Mit insgesamt 42 Items wird auf einer siebenstufigen Likert-Skala gefragt, ob sich der Parameter in gleicher oder in entgegengesetzter Richtung verändert hat oder ob es keine Veränderung gegeben hat. Aus den 42 Items wird ein Summenwert gebildet, der das Ausmaß der erwünschten Veränderung abbildet. Die entgegengesetzten Pole des erfassten Parameters definieren die Autoren mit „Entspannung/Gelassenheit/Optimismus“ und „Spannung/Unsicherheit/Pessimismus“. Die Autoren berichten Reliabilitätskoeffizienten über .97 und eine Retestreliabilität von .61 und berichten, dass der VEV als valides Instrument angesehen werden kann. Es wird jedoch empfohlen, die Ergebnisse durch andere Verfahren abzusichern, da die rückblickende Beurteilung durch Erinnerungseffekte und durch soziale Erwünschtheit fehleranfällig sei (Amelang und Zielinski, 2002).

5.3.4 Global Assessment of Functioning (GAF)

Die Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF; Saß et al., 2003) ist ein weltweit eingesetztes und etabliertes Maß zur Beurteilung des globalen Funktionsniveaus des Patienten auf einem Kontinuum von psychischer/psychiatrischer Störung/Krankheit bis zu Gesundheit. Dabei sollen sowohl psychische, als auch soziale und berufliche Daten mit in das Urteil einfließen. Physische oder externe Faktoren sollen nicht mit in das Urteil einfließen. Die Beurteilung erfolgt durch den Diagnostiker bzw. Therapeuten. Dabei wird ein Wert zwischen 0 und 100 gegeben. Man kann entweder einen der zehn angebotenen Kategorien insgesamt zur Beurteilung heranziehen (z.B. 51-59) oder exakte Werte innerhalb der Kategorie vergeben (z.B. 57). Der Wert 0 soll gegeben werden, wenn eine Beurteilung nicht möglich ist. Der GAF war im DSM-IV-TR (Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) integriert als fünfte Achse (Achse V) zur klinischen Beurteilung von Patienten, wird jedoch seit dem DSM-V (Falkai & Wittchen, 2018) dort nicht mehr verwendet. Der GAF kann sowohl zur prognostischen Einschätzung zu Beginn einer Therapie, als auch zum Verlauf und zur Wirksamkeit einer Therapie verwendet werden. Der GAF hat sich in klinischen Studien als reliabel, valide und ökonomisch erwiesen und wird daher für einen weiten Bereich klinischer Forschungsbereiche empfohlen (Endicott et al., 1976).

5.3.5 Evaluation: Veränderung der Überlebensregel (FB-ÜR)

Der Fragebogen zur Evaluation der Überlebensregel (Sulz & Hebing, 2007) erfasst neben der ausformulierten (verbotsorientierten) Überlebensregel und (erlaubnisgebenden) Lebensregel mit 6 Items die direkte Veränderung der Überlebensregel im Vergleich zum Therapiebeginn. Die Patienten beurteilen selbst auf einer vierstufigen Likert-Skala (0 = gar nicht, 3 = sehr), inwieweit sich ihre Überlebensregel im Verlauf der Therapie verändert hat. Dabei wird gefragt, inwieweit der Patient die Überlebensregel für wahr und richtig hält bzw. rückblickend gehalten hat, wie sehr das Erleben und Verhalten durch die Überlebensregel bestimmt wird bzw. wurde,

wie sehr man negative Konsequenzen bei einem Verstoß gegen die Überlebensregel befürchtet bzw. befürchtet hat, wie häufig man gegen die Überlebensregel handelt bzw. gehandelt hat, wie stark die negativen Gefühle bei einem Verstoß gegen die Überlebensregel sind bzw. waren und wie gut es gelingt bzw. gelungen ist, gegen die Überlebensregel zu handeln. Aus allen sechs Items wird ein Mittelwert als Maß für die Veränderung bzw. Flexibilisierung der Überlebensregel errechnet. In der Studie von Hebing (2012) hat sich der Fragebogen als Maß der Emotionsregulation bereits bewährt und wurde daher auch hier eingesetzt.

5.3.6 Beanspruchung des medizinischen Systems und Arbeitsfähigkeit (QMP02)

Der Fragebogen QMP02 aus dem Qualitätsmanagement-System QMP (Sulz, 2005) erfasst, ob der Patient zum aktuellen Zeitpunkt arbeitsfähig ist oder nicht bzw. krankgeschrieben ist, zu wie vielen Fehlzeiten es aufgrund von psychischen/psychosomatischen oder körperlichen Beschwerden in den letzten drei Monaten kam, und ob in der Zwischenzeit ein Rentenantrag gestellt wurde. Zur Inanspruchnahme des ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungssystems erfasst der QMP02, wie oft es zu Terminen bei Ärzten oder Psychotherapeuten wegen psychischer/psychosomatischer oder körperlicher Beschwerden kam und wie viele Tage Krankenhausaufenthalte notwendig waren. Die Erfassung dieser „harten“ Gesundheitsdaten sind im Kontext der zunehmenden Ökonomisierung des Versorgungssystems und dem Druck der Krankenkassen auf die Behandler und Patienten von Bedeutung (Dohmen & Fiedler, 2015).

5.4 Statistische Analyse

5.4.1 Vergleichbarkeit der Therapiegruppen (Baseline)

Zur Erfassung der Baseline und um die Vergleichbarkeit der zwei Therapiegruppen (KZT vs. LZT) sicherzustellen, wurden die beiden Gruppen vor Beginn der Therapie hinsichtlich der Geschlechtsverteilung, des Alters, sozioökonomischer Variablen (Familienstand, Bildungsabschluss, Erwerbssituation), der Einnahme von Psychopharmaka, der Diagnoseverteilung, der Depressivität (Schwere der depressiven Symptomatik), der Gesamtsymptomatik, des globalen Funktionsniveaus, der dysfunktionalen Persönlichkeitsstile sowie der Dysfunktionalität im Umgang mit der emotionalen Überlebensregel untersucht. Zum einen sollten Ausgangswerte erhoben werden (Baseline), anhand derer der spätere Therapie-Outcome evaluiert werden sollte. Zum anderen sollte untersucht werden, ob es bedeutsame Unterschiede zwischen den Therapiegruppen gab, die die Interpretation der Ergebnisse einschränken könnten.

Für die statistische Auswertung wurde das Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 25 verwendet (IBM Corp., 2017).

Bei intervallskalierten (metrischen) Variablen kam der *t*-Test zum Einsatz. Für die Prüfung der statistischen Signifikanz wurde das Niveau der Irrtumswahrscheinlichkeit (α -Level) auf 5% bei zweiseitiger Testung festgesetzt ($p < .05$). Bei Verletzung der Normalverteilungsannahme wurde dennoch der *t*-Test berechnet, da der *t*-Test gegenüber dieser Verletzung als robust gilt (Kubinger, Rasch & Moder, 2009). Bei Verletzung der Varianzhomogenität wurden die

Freiheitsgrade entsprechend korrigiert, falls dies das Ergebnis statistisch beeinflusste. Bei ordinalskalierten Variablen wurde ebenfalls der t -Test berechnet, da nach Bühner und Ziegler (2009) die Interpretierbarkeit der Standardabweichungen und Berechenbarkeit von Effektstärken sonst schwierig sei. Für die Beurteilung der Effektstärke bei der Verwendung von t -Tests wurde Cohens d verwendet. Dabei gelten Werte ab $|0.20|$ als kleine Effekte, Werte ab $|0.50|$ als mittlere Effekte und Werte ab $|0.80|$ als große Effekte. Bei nominalskalierten (kategorialen) Variablen wurde der Chi-Quadrat-Test berechnet. Für den Fall, dass bei den Chi-Quadrat-Tests einzelne Zelhäufigkeiten unter 5 waren, wurde der exakte Test nach Fisher durchgeführt. Zur Prüfung der Effektstärke wurde bei zwei dichotomen Variablen der phi-Koeffizient gewählt und bei größeren Kontingenztabelle Cramers V . Dabei gelten Werte ab $|.10|$ als kleine Effekte, Werte ab $|.30|$ als mittlere Effekte und Werte ab $|.50|$ als große Effekte. Effektstärken werden nur bei statistisch signifikanten Ergebnissen berichtet.

5.4.2 Operationalisierung von Therapieerfolg

5.4.2.1 Statistische Signifikanz

Für alle Unterschiedshypothesen wurden einfaktorielle ANOVAs mit Messwiederholung durchgeführt. Dabei war der Zwischengruppenfaktor die Zugehörigkeit zu der jeweiligen Behandlungsgruppe (KZT vs. LZT) und das Maß, das für die Beurteilung der Effizienz der PKP herangezogen wurde. Der Messwiederholungsfaktor war der Therapiezeitpunkt (Erstgespräch, Ende Kurzzeittherapie, Ende Erhaltungstherapie bzw. Langzeittherapie, Katamnese) und wurde als Maß für die Beurteilung der Effektivität herangezogen. Zur Beurteilung der Effektstärke wurde Eta-Quadrat (η^2) verwendet. Dabei stehen Werte kleiner $|.06|$ für einen kleinen Effekt, Werte zwischen $|.06|$ und $|.14|$ für einen mittleren Effekt und Werte größer als $|.14|$ für einen großen Effekt. Um eventuelle Unterschiede im Detail zwischen der KZT- und LZT-Gruppe und innerhalb der Gruppen zu prüfen, wurden danach getrennt für die beiden Gruppen t -Tests gerechnet. Die Rahmenbedingungen dafür waren die gleichen, wie oben unter Punkt 5.4.1 beschrieben.

Bei größeren Stichproben ($n > 50$ bei zwei Stichproben) kann nach dem zentralen Grenzwerttheorem eine Normalverteilung angenommen werden (Bortz & Schuster, 2010), weswegen hier von einer Normalverteilung ausgegangen wurde.

Zur Prüfung des Therapieerfolgs in Relation zur Emotionsregulation wurde das Maß der Depressivität (BDI-II) mit der Flexibilisierung der Überlebensregel (FB-ÜR) als Maß der Emotionsregulation korreliert. Dazu wurden für die jeweiligen Variablen Differenzwerte erstellt und anschließend miteinander korreliert. Die Signifikanz des Zusammenhangs wurde zweiseitig mittels Pearson-Korrelation berechnet. Dabei stehen Werte von $|.1|$ für geringe Korrelationen, Werte von $|.3|$ für eine mittlere Korrelation und Werte von $|.5|$ für eine hohe Korrelation.

5.4.2.2 Klinische Relevanz

Als klinische Relevanz wird hier die Anzahl der Patienten gesehen, die durch die Therapie entweder unter die Schwelle einer leichten Depression kommen (Remission) oder eine bedeutsame Reduktion der depressiven Symptomatik zeigen (Response). Maßstab dafür war der Depressionswert im BDI-II. Die Autoren (Hautzinger, Keller & Kühner, 2016) schlagen für

die Schwelle zu einer leichten Depression einen Wert unter 14 vor. Dem Vorschlag einer minimalen Depression (Werte von 9 bis 13) wird hier nicht gefolgt, da zum einen die Klassifikation der „minimalen Depression“ nicht klar definiert wird und auch in den gängigen Diagnosesystemen nicht vorgesehen ist und für diese Untersuchung speziell nach eindeutigen Diagnosen gesucht wurde, d.h. das Risiko von falsch Positiven minimiert werden sollte. Um die Anzahl der depressiven bzw. nicht depressiven Probanden auch statistisch zu vergleichen, wurde zusätzlich noch ein Chi-Quadrat-Test, wie in Punkt 5.4.1 beschrieben, durchgeführt. Patienten die nicht remittieren, sondern lediglich bedeutsam auf die Therapie ansprechen (Response), sind solche, die im BDI-II eine Reduktion um mindestens 6 Punkte gezeigt haben (vgl. Hiller et al., nach Jacobi & Reinecker, 2018). Analog dazu wurden Patienten, deren Wert um mindestens 6 Punkte gestiegen war, als verschlechtert klassifiziert. Patienten, die unterhalb dieses 6-Punkte-Ranges lagen, galten als unverändert (Non-Responder). Patienten die sich innerhalb des 6-Punkte-Ranges verschlechtert hatten und dadurch über die Schwelle einer leichten Depression rutschten, wurden dennoch als verschlechtert klassifiziert (und nicht als Non-Responder). Patienten, die bereits zu Beginn der Therapie Werte aufwiesen, die unterhalb der Schwelle zur leichten Depression lagen, wurden aus der Analyse zur klinischen Relevanz ausgeschlossen. Patienten, die am Ende der 24. Sitzung Werte aufwiesen, die unterhalb der Schwelle zur leichten Depression lagen, wurden aus der weiteren Analyse zur klinischen Relevanz ausgeschlossen (stabil remittiert), selbst dann, wenn sie sich weiter verbessert hatten, jedoch nicht, wenn sie sich wieder verschlechtert hatten (instabil).

Um das Ausmaß der Veränderung hinsichtlich der depressiven Symptomatik noch weiter zu präzisieren und um die Schwere der Belastung, die für Patienten klinisch relevant ist, noch besser zu berücksichtigen, wurde die klinische Relevanz auch nach der Differenz der Punktwerte eingeteilt. Dabei wurde der Einteilung von Hiroe, Kojima, Mamamoto et al. (2005) gefolgt: Eine Differenz von 5 Punkten entsprach einer minimalen relevanten klinischen Veränderung, eine Differenz von 10-19 Punkten einer moderaten Veränderung und eine Differenz von 20 und mehr Punkten einer großen Veränderung.

5.4.3 Explorative Datenanalyse

Um mögliche differentielle und prädiktive Effekte von Therapieerfolg bzw. –misserfolg (Hypothese 6) zu prüfen, wurden explorative Datenanalysen durchgeführt, d.h. es gab keine gerichteten Hypothesen und der Datensatz wurde hinsichtlich möglicher Zusammenhänge und Unterschiede der relevanten Variablen untersucht.

Bei der Exploration differentieller und prädiktiver Effekte ging es im Kern um die Frage, welcher Patient welche Therapie braucht (KZT vs. LZT) und ob es Kriterien gibt, die günstige bzw. schädliche Wirkungen auf den Therapieprozess haben und eine spezifische Empfehlung nahelegen. Es wurde also nach differentiellen Patientenmerkmalen gesucht, die eine Zuteilung zu einer der Gruppen begründen. Mögliche Merkmale waren soziodemografische Variablen (Alter, Geschlecht), der initiale Schweregrad der Depressivität, das globale Funktionsniveau zu Beginn der Therapie sowie das Ausmaß der dysfunktionalen Persönlichkeit (Neurotizismus).

Es wurden Klassen für die weitere explorative Datenanalyse gebildet, um etwaige Muster bzw. Vorbedingungen bei Patienten zu entdecken, die schnell bzw. langsam bzw. gar nicht von der Therapie profitiert haben oder denen die Therapie sogar geschadet hat und es soll gezeigt werden, wie viele der Patienten einen stabilen bzw. instabilen Verlauf in der Therapie zeigen.

Für die Kategorisierung mussten mindestens drei Messpunkte vorliegen (Baseline, 24. Sitzung, 33./44. Sitzung). Fehlte einer dieser Messpunkte, wurde der Patient aus der explorativen Datenanalyse ausgeschlossen. War der Patient bereits zu Beginn der Therapie laut BDI-II nicht depressiv (Wert kleiner 14), so wurde er ebenfalls aus der Berechnung ausgeschlossen. Patienten, die innerhalb von 24 Stunden remittierten, wurden als „Schnelle Remission“ kategorisiert, innerhalb von 30. bzw. 44 Stunden als „Langsame Remission“. Eine Remission erst in der Katamnese, wurde als „Späte Remission“ kategorisiert, erfolgte jedoch nur bei einem Patienten und wurde daher nicht weiter berücksichtigt. Patienten, die zunächst remittierten und sich dann wieder klinisch relevant verschlechterten, wurden als „Instabil“ kategorisiert. Patienten, die sich über den Verlauf hinweg klinisch relevant verschlechterten, wurden als „Verschlechtert“ kategorisiert. Patienten die sich nie unter die Schwelle einer leichten Depression verbesserten, aber auch nicht klinisch relevant verschlechterten, wurden als „Unverändert“ kategorisiert. Um etwaige Gruppenunterschiede zu prüfen, wurden bei den intervallskalierten Skalen (Alter, BDI-II, GAF und VDS30) einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt, bei den nominalskalierten Variablen (Geschlecht, Medikation) Chi-Quadrat-Tests (vgl. Punkt 5.4.1 und 5.4.2.1).

6. Ergebnisse

6.1 Deskriptive Statistik

Zunächst werden die Ergebnisse deskriptiv beschrieben. Dabei werden sowohl die Ergebnisse der KZT-Gruppe und der LZT-Gruppe als auch der Gesamtstichprobe beschrieben. Aus Gründen der besseren Veranschaulichung werden nur die Ergebnisse der KZT-Gruppe und der LZT-Gruppe grafisch dargestellt.

6.1.1 BDI-II

Tabelle 17 und Abbildung 6 zeigen die Ergebnisse der einzelnen Gruppen im BDI-II zu allen Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch oder fehlende Daten.

Tabelle 17

Ergebnisse im BDI-II

	Baseline (t0)	8 (t1)	16 (t2)	24 (t3)	32 (t4)	40 (t5)	30/44 (t6)	Katamnese (t7)
KZT								
<i>M</i>	24.99	17.91	14.56	8.97	-	-	8.20	5.82
<i>SD</i>	9.69	9.88	9.54	8.44	-	-	7.58	6.42
<i>n</i>	73	74	73	66	-	-	55	34
LZT								
<i>M</i>	24.22	18.17	15.42	13.14	12.76	9.51	7.78	6.83
<i>SD</i>	9.83	10.25	10.05	9.92	8.81	8.56	6.95	7.32
<i>n</i>	76	75	72	72	63	53	55	29
GS								
<i>M</i>	24.60	18.04	14.99	11.14	-	-	7.99	6.29
<i>SD</i>	9.73	10.03	9.77	9.45	-	-	7.24	6.81
<i>n</i>	149	149	145	138	-	-	110	63

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; GS: Gesamtstichprobe.

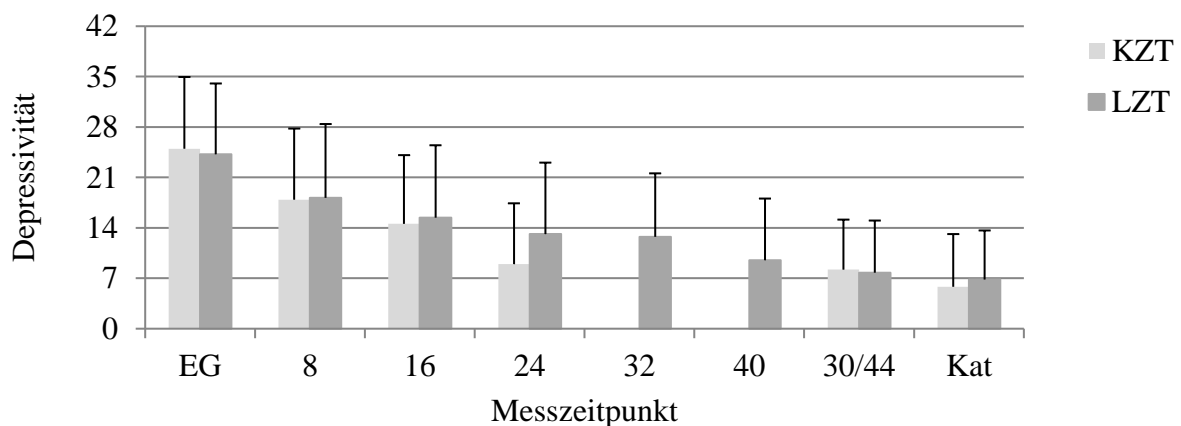


Abbildung 6. Punktmittelwerte im BDI-II; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese.

6.1.2 VDS90 – Depression

Tabelle 18 und Abbildung 7 zeigen die Ergebnisse der einzelnen Gruppen im VDS90-Depression zu allen Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch oder fehlende Daten.

Tabelle 18

Ergebnisse im VDS90-Depression

	Baseline (t0)	24 (t3)	30/44 (t6)	Katamnese (t7)
KZT				
<i>M</i>	1.42	0.51	0.41	0.23
<i>SD</i>	0.66	0.47	0.34	0.38
<i>n</i>	67	64	54	36
LZT				
<i>M</i>	1.39	0.76	0.49	0.52
<i>SD</i>	0.58	0.58	0.48	0.62
<i>n</i>	70	70	55	30
GS				
<i>M</i>	1.41	0.64	0.45	0.36
<i>SD</i>	0.62	0.54	0.42	0.52
<i>n</i>	137	134	109	66

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; GS: Gesamtstichprobe.

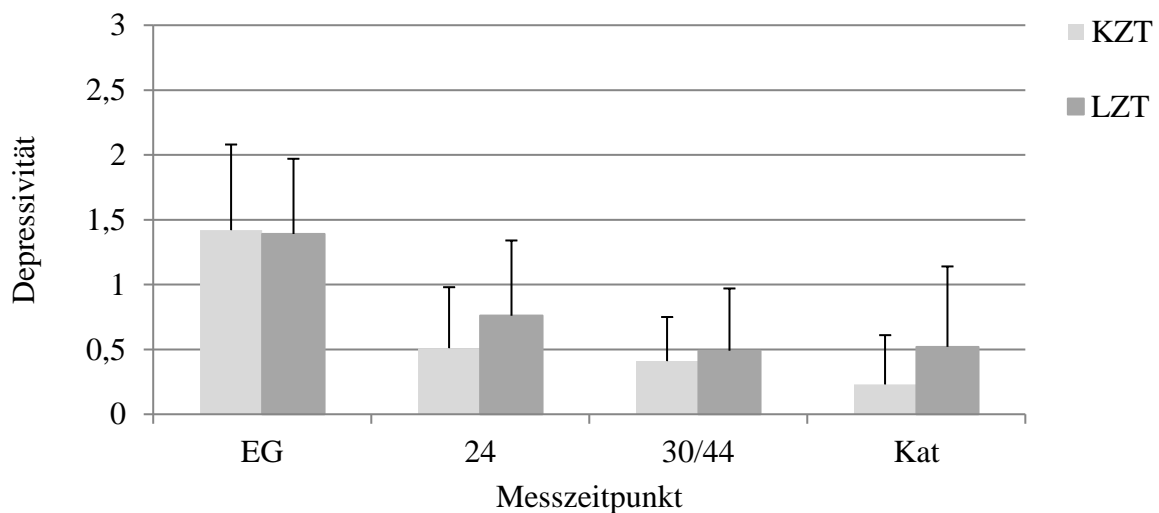


Abbildung 7. Punktmittelwerte im VDS90-Depression; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese.

6.1.3 VDS14 – Depression

Tabelle 19 und Abbildung 8 zeigen die Ergebnisse der einzelnen Gruppen im VDS14-Depression zu allen Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch oder fehlende Daten.

Tabelle 19

Ergebnisse im VDS14-Depression

	Baseline (t0)	24 (t3)	30/44 (t6)	Katamnese (t7)
KZT				
<i>M</i>	1.54	0.40	0.27	0.24
<i>SD</i>	0.64	0.73	0.49	0.43
<i>n</i>	65	63	48	37
LZT				
<i>M</i>	1.95	1.04	0.33	0.29
<i>SD</i>	0.58	0.75	0.55	0.53
<i>n</i>	77	76	58	30
GS				
<i>M</i>	1.76	0.75	0.31	0.26
<i>SD</i>	0.63	0.80	0.52	0.48
<i>n</i>	142	139	106	67

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; GS: Gesamtstichprobe.

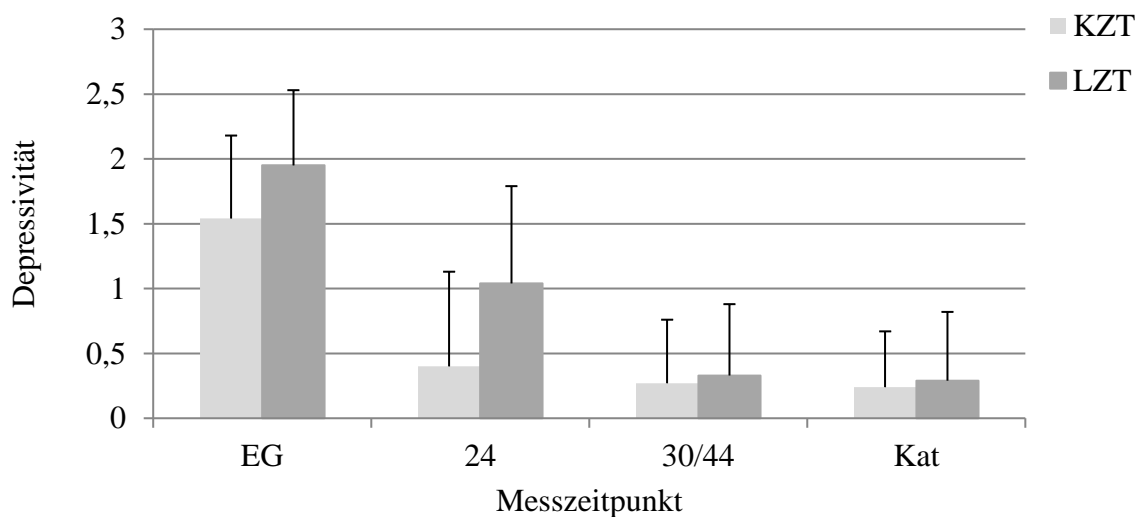


Abbildung 8. Punktmittelwerte im VDS14-Depression; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese.

6.1.4 VDS90 – Gesamtwert

Tabelle 20 und Abbildung 9 zeigen die Ergebnisse der einzelnen Gruppen im VDS90-Gesamtwert zu allen Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch oder fehlende Daten.

Tabelle 20

Ergebnisse im VDS90-Gesamtwert

	Baseline (t0)	24 (t3)	30/44 (t6)	Katamnese (t7)
KZT				
<i>M</i>	0.65	0.28	0.27	0.20
<i>SD</i>	0.26	0.23	0.23	0.22
<i>n</i>	67	64	54	36
LZT				
<i>M</i>	0.66	0.40	0.32	0.28
<i>SD</i>	0.32	0.31	0.28	0.27
<i>n</i>	70	70	55	30
GS				
<i>M</i>	0.65	0.34	0.30	0.24
<i>SD</i>	0.29	0.28	0.26	0.24
<i>n</i>	137	134	109	66

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; GS: Gesamtstichprobe.

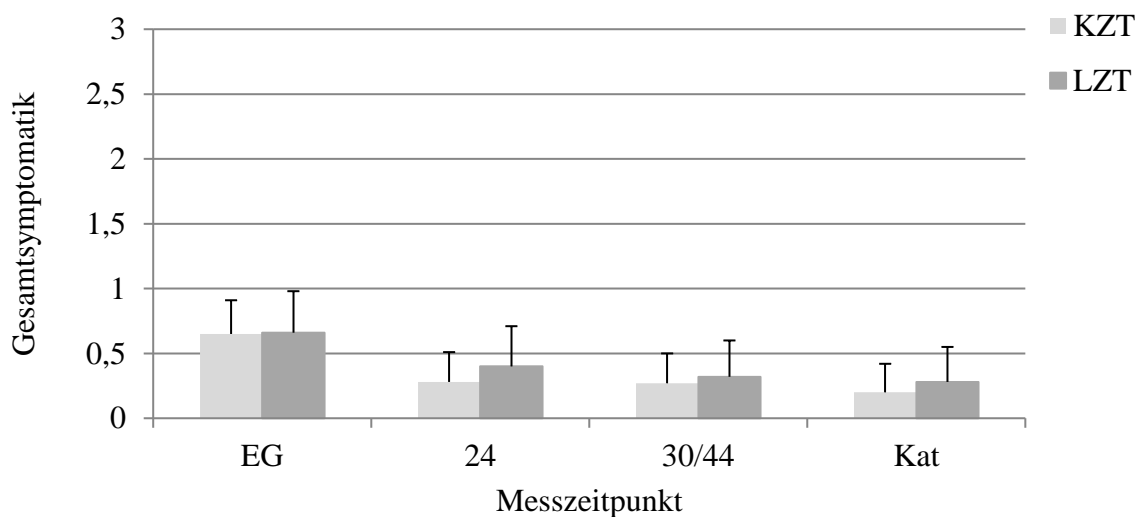


Abbildung 9. Punktmittelwerte im VDS90-Gesamtwert; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese.

6.1.5 VDS14 – Gesamtwert

Tabelle 21 und Abbildung 10 zeigen die Ergebnisse der einzelnen Gruppen im VDS14-Gesamtwert zu allen Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch oder fehlende Daten.

Tabelle 21

Ergebnisse im VDS14-Gesamtwert

	Baseline (t0)	24 (t3)	30/44 (t6)	Katamnese (t7)
KZT				
<i>M</i>	0.28	0.08	0.06	0.06
<i>SD</i>	0.22	0.15	0.12	0.13
<i>n</i>	65	61	46	35
LZT				
<i>M</i>	0.17	0.12	0.06	0.05
<i>SD</i>	0.12	0.11	0.09	0.08
<i>n</i>	77	76	57	30
GS				
<i>M</i>	0.21	0.10	0.06	0.06
<i>SD</i>	0.18	0.13	0.10	0.11
<i>n</i>	142	137	103	65

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; GS: Gesamtstichprobe.

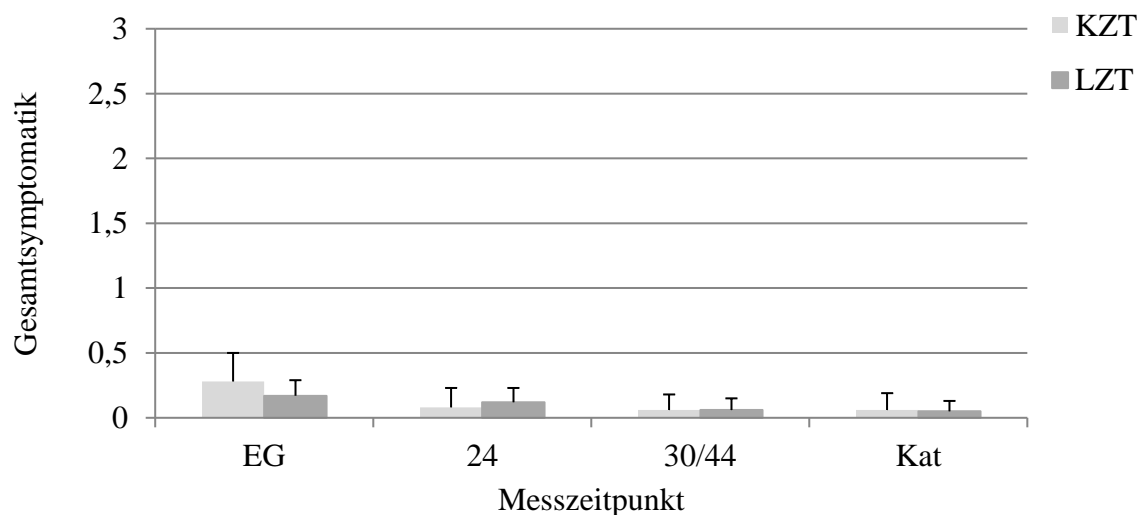


Abbildung 10. Punktmittelwerte im VDS14-Gesamtwert; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese.

6.1.6 VDS30 – Persönlichkeit

Tabelle 22 und Abbildung 11 zeigen die Ergebnisse der einzelnen Gruppen im VDS30-Persönlichkeit zu allen Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch oder fehlende Daten.

Tabelle 22

Ergebnisse im VDS30-Persönlichkeit

	Baseline (t0)	24 (t3)	30/44 (t6)	Katamnese (t7)
KZT				
<i>M</i>	0.77	0.55	0.48	0.40
<i>SD</i>	0.30	0.34	0.30	0.32
<i>n</i>	61	65	54	36
LZT				
<i>M</i>	0.74	0.65	0.46	0.40
<i>SD</i>	0.39	0.39	0.37	0.37
<i>n</i>	69	68	53	28
GS				
<i>M</i>	0.75	0.60	0.47	0.40
<i>SD</i>	0.34	0.37	0.33	0.34
<i>n</i>	130	133	107	64

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; GS: Gesamtstichprobe.

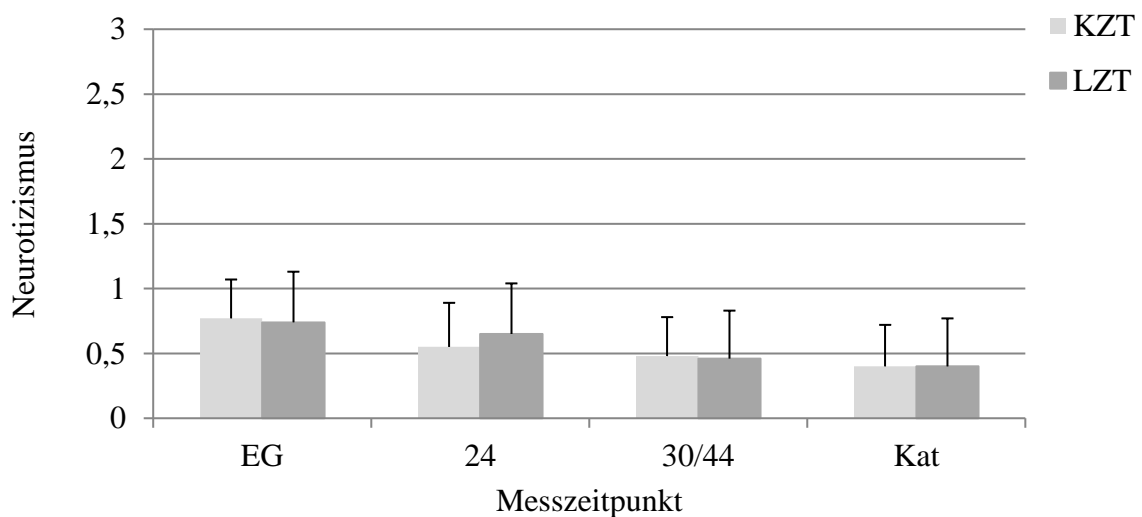


Abbildung 11. Punktmittelwerte im VDS30-Persönlichkeit; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese.

6.1.7 VEV

Tabelle 23 und Abbildung 12 zeigen die Ergebnisse der einzelnen Gruppen im VEV zu allen Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch oder fehlende Daten.

Tabelle 23

Ergebnisse im VEV

	Baseline (t0)	24 (t3)	30/44 (t6)	Katamnese (t7)
KZT				
<i>M</i>	-	211.19	214.0	228.68
<i>SD</i>	-	37.42	38.99	41.66
<i>n</i>	-	67	54	34
LZT				
<i>M</i>	-	201.15	215.71	216.39
<i>SD</i>	-	36.66	38.12	30.41
<i>n</i>	-	66	48	28
GS				
<i>M</i>	-	206.21	214.80	223.13
<i>SD</i>	-	37.24	38.40	37.23
<i>n</i>	-	133	102	62

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; GS: Gesamtstichprobe.

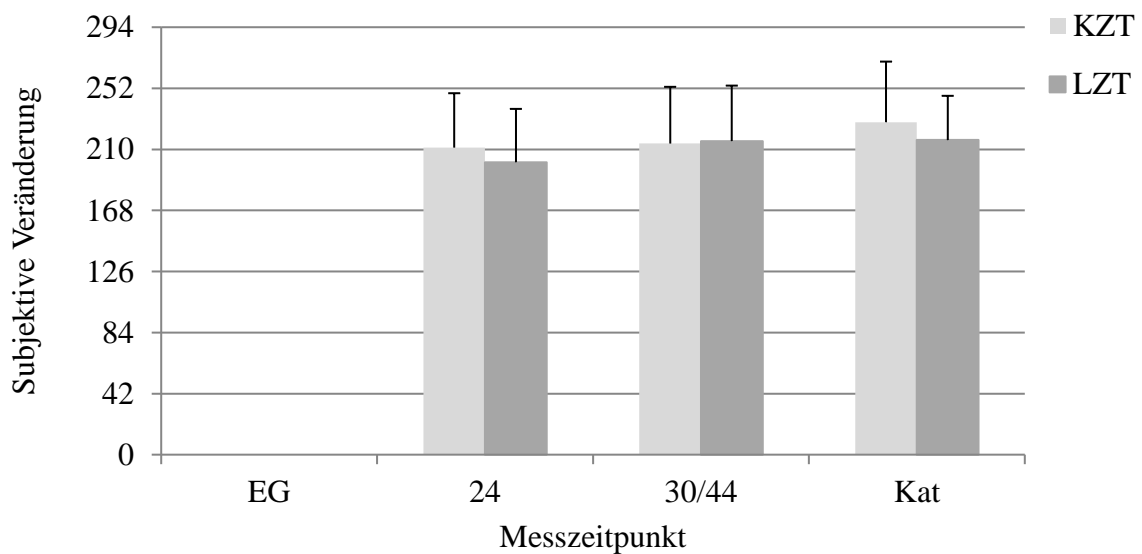


Abbildung 12. Punktmittelwerte im VEV; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese.

6.1.8 GAF

Tabelle 24 und Abbildung 13 zeigen die Ergebnisse der einzelnen Gruppen im GAF zu allen Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch oder fehlende Daten.

Tabelle 24

Ergebnisse im GAF

	Baseline (t0)	24 (t3)	30/44 (t6)	Katamnese (t7)
KZT				
<i>M</i>	59.66	77.10	80.96	83.66
<i>SD</i>	7.16	9.38	9.44	10.00
<i>n</i>	64	63	50	38
LZT				
<i>M</i>	56.63	66.93	75.34	80.35
<i>SD</i>	7.49	9.29	10.55	10.67
<i>n</i>	71	75	61	31
GS				
<i>M</i>	58.07	71.57	77.87	82.17
<i>SD</i>	7.46	10.60	10.41	10.37
<i>n</i>	135	138	111	69

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; GS: Gesamtstichprobe.

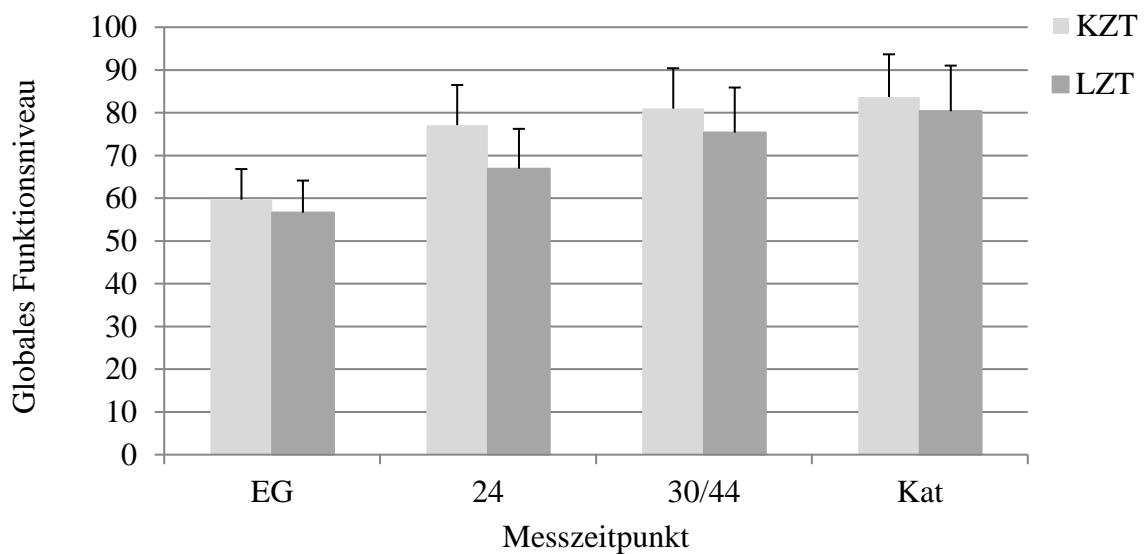


Abbildung 13. Punktmittelwerte im GAF; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese.

6.1.9 FB-ÜR

Tabelle 25 und Abbildung 14 zeigen die Ergebnisse der einzelnen Gruppen im FB-ÜR zu allen Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch oder fehlende Daten.

Tabelle 25

Ergebnisse im FB-ÜR

	Baseline (t0)	24 (t3)	30/44 (t6)	Katamnese (t7)
KZT				
<i>MW</i>	2.57	1.22	1.01	0.73
<i>SD</i>	0.36	0.54	0.48	0.47
<i>n</i>	49	58	49	32
LZT				
<i>MW</i>	2.38	1.27	0.99	0.87
<i>SD</i>	0.46	0.56	0.49	0.61
<i>n</i>	43	48	44	26
GS				
<i>MW</i>	2.48	1.24	1.00	0.79
<i>SD</i>	0.41	0.55	0.48	0.54
<i>n</i>	92	106	93	58

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; GS: Gesamtstichprobe.

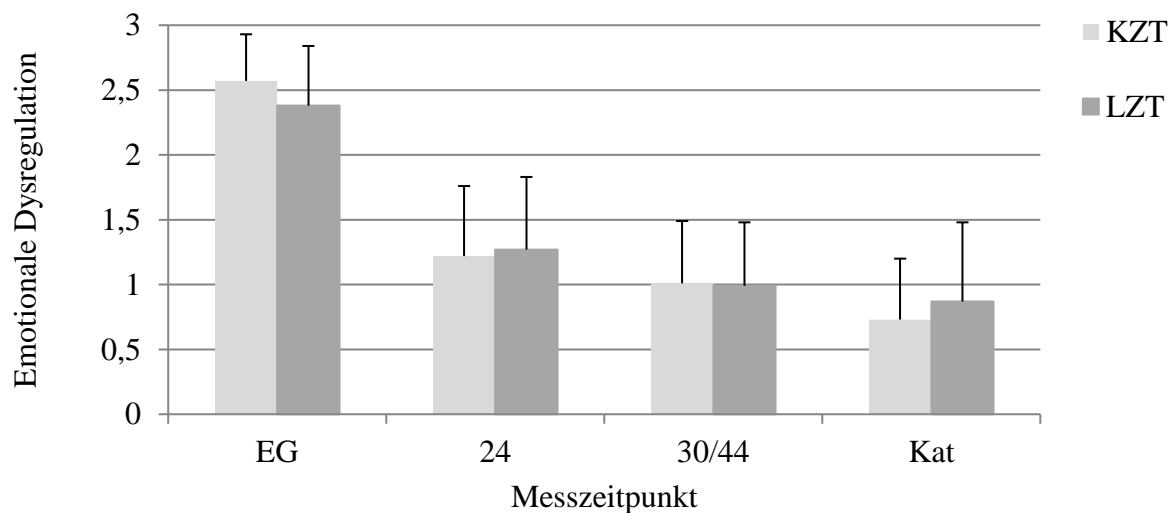


Abbildung 14. Punktmittelwerte im FB-ÜR; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese.

6.1.10 QMP02 - Arbeitsfähigkeit

Tabelle 26 und Abbildung 15 zeigen die Ergebnisse zur Arbeitsfähigkeit in Prozent der einzelnen Gruppen im QMP02 zu allen Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch oder fehlende Daten.

Tabelle 26

Ergebnisse im QMP02 - Arbeitsfähigkeit

	Baseline (t0)	24 (t3)	30/44 (t6)	Katamnese (t7)
KZT				
Anteil (Prozent)	69	85	89	89
<i>n</i>	67	65	53	36
LZT				
Anteil (Prozent)	73	82	93	93
<i>n</i>	70	66	53	27
GS				
Anteil (Prozent)	71	83	91	91
<i>n</i>	137	131	106	63

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; GS: Gesamtstichprobe.

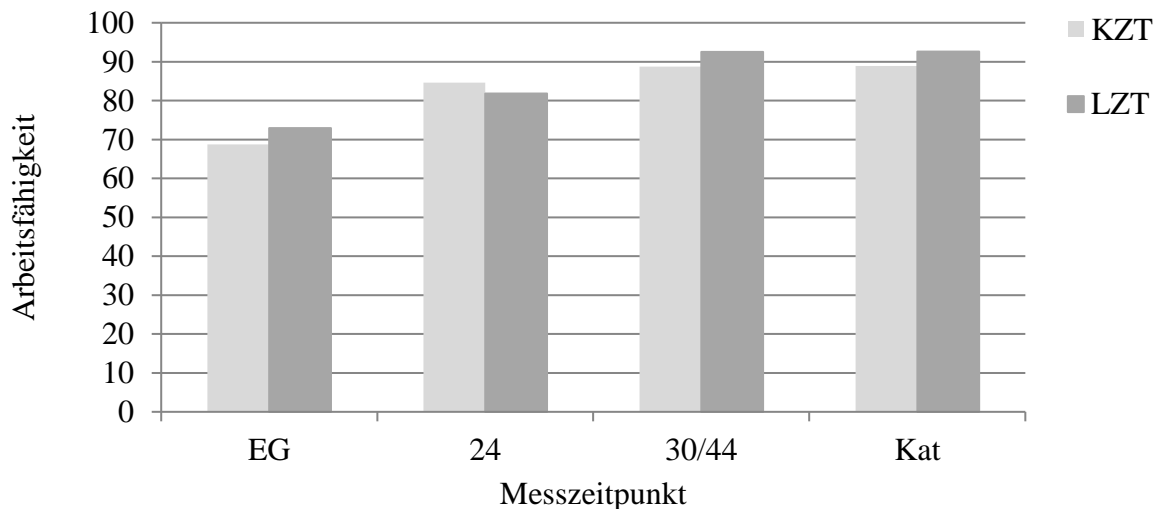


Abbildung 15. Prozentwerte im QMP02 - Arbeitsfähigkeit; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese.

6.1.11 QMP02 - Fehlzeiten

Tabelle 27 und Abbildung 16 zeigen die Ergebnisse zu den Fehlzeiten (Tage) am Arbeitsplatz in den jeweils letzten drei Monaten der einzelnen Gruppen im QMP02 zu allen Messzeitpunkten. Unterschiedlich große Stichproben ergeben sich durch Dropout, Therapieabbruch oder fehlende Daten.

Tabelle 27

Ergebnisse im QMP02 – Fehlzeiten (Tage)

	Baseline (t0)	24 (t3)	30/44 (t6)	Katamnese (t7)
KZT				
<i>M</i>	16.8	7.3	3.6	0.6
<i>SD</i>	29.4	22.7	17.1	2.9
<i>n</i>	70	65	54	36
LZT				
<i>M</i>	14.5	7.7	3.0	0.2
<i>SD</i>	25.6	21.3	14.0	0.9
<i>n</i>	72	69	55	28
GS				
<i>M</i>	15.7	7.5	3.3	0.4
<i>SD</i>	27.5	21.9	15.6	2.2
<i>n</i>	142	134	109	64

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; GS: Gesamtstichprobe.

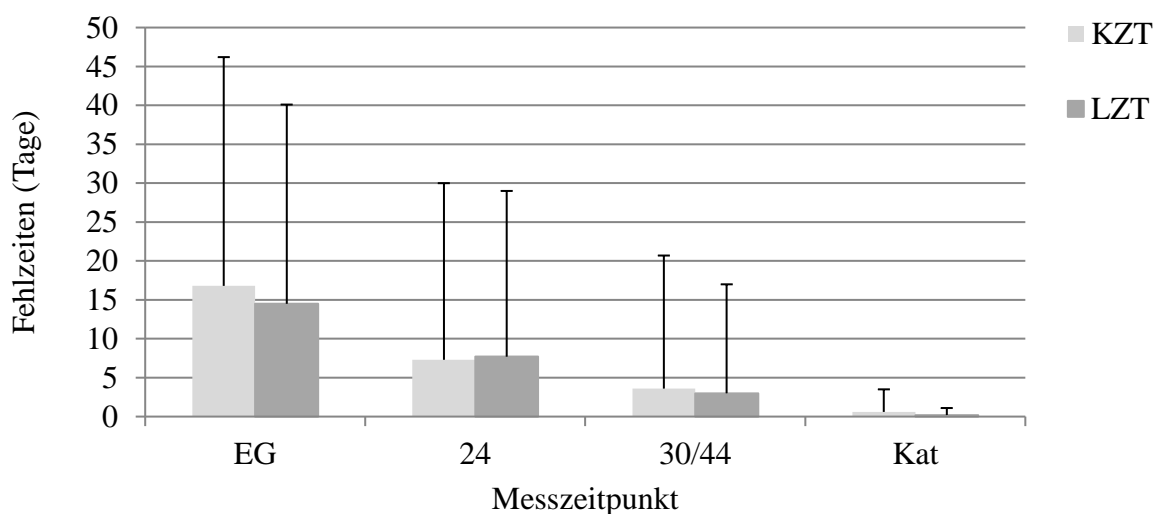


Abbildung 16. Punktmittelwerte im QMP02 - Fehlzeiten; KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie; EG: Erstgespräch; Kat: Katamnese.

6.2 Allgemeine Wirksamkeit der PKP

Zunächst sollte statistisch geprüft werden, ob überhaupt eine allgemeine Wirksamkeit der PKP vorliegt, um im Anschluss die spezifischen Forschungsfragen dieser Studie zu beantworten. Dazu wurden die verschiedenen Kriterien für Therapieerfolg varianzanalytisch über drei Messzeitpunkte vom Beginn der Therapien über die 24. Sitzung bis zum Ende der jeweiligen Therapie untersucht. Die Katamnese wurde aus dieser Berechnung ausgeschlossen, da sie zum einen nicht Teil der Therapie war, sondern lediglich diagnostischen Zwecken diene und zum anderen die Anzahl fehlender Daten in der Katamnese wie zu erwarten bedeutsam angestiegen war und also das Ergebnis unerwünscht verzerrt hätte.

Tabelle 28 zeigt die Ergebnisse der statistischen Analysen über die gesamte Therapie hinweg. Tabelle 29 zeigt die Ergebnisse der statistischen Analysen hinsichtlich der Gruppenunterschiede in diesem Zeitraum.

Tabelle 28

Ergebnisse zur allgemeinen Wirksamkeit der PKP (within subjects)

Messinstrument	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
BDI-II	2, 204	171.06	.000***	.63
VDS90-Depression	2, 182	158.42	.000***	.64
VDS14-Depression	2, 190	227.04	.000***	.71
VDS90-Gesamtwert	2, 182	138.78	.000***	.60
VDS14-Gesamtwert	2, 184	44.16	.000***	.32
VDS30-Neurotizismus	2, 168	61.74	.000***	.42
GAF	2, 184	242.61	.000***	.73
QMP02-Fehlzeiten	2, 180	7.95	.001***	.08

Anmerkung. *** $p < .001$.

Tabelle 29

Ergebnisse zur allgemeinen Wirksamkeit der PKP (between subjects)

Messinstrument	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
BDI-II	1, 102	1,74	.190	
VDS90-Depression	1, 91	.83	.365	
VDS14-Depression	1, 95	15.59	.000***	.14
VDS90-Gesamtwert	1, 91	.87	.353	
VDS14-Gesamtwert	1, 92	1.12	.291	
VDS30-Neurotizismus	1, 84	.06	.815	
GAF	1, 92	25.73	.000***	.22
QMP02-Fehlzeiten	1, 90	.04	.848	

Anmerkung. *** $p < .001$.

6.3 Effektivität der PKP (Hypothese 1)

Es wurde angenommen, dass nach 24 Therapieeinheiten in beiden Therapiegruppen ein signifikant besseres Ergebnis hinsichtlich der allgemeinen und der depressionsspezifischen psychopathologischen Symptomatik vorliegt, als zu Therapiebeginn und dass sich zwischen KZT-Gruppe und LZT-Gruppe kein signifikanter Unterschied feststellen lässt.

6.3.1 Statistische Analyse

Tabelle 30 zeigt die Ergebnisse der statistischen Analysen in Bezug auf Veränderungen zwischen dem Therapiebeginn und der 24. Therapiesitzung über beide Gruppen hinweg. Tabelle 31 zeigt die Ergebnisse der statistischen Analysen hinsichtlich der Gruppenunterschiede in diesem Zeitraum. Tabelle 32 und 33 zeigen die Ergebnisse der statistischen Analysen in Bezug auf Veränderungen zwischen dem Therapiebeginn und der 24. Therapiesitzung in der KZT- und der LZT-Gruppe.

Tabelle 30

Ergebnisse zur Effektivität der PKP nach 24 Sitzungen (within subjects)

Messinstrument	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
BDI-II	1, 129	242.90	.000***	0.65
VDS90-Depression	1, 116	189.56	.000***	0.62
VDS14-Depression	1, 124	260.11	.000***	0.68
VDS90-Gesamtwert	1, 116	175.02	.000***	0.60
VDS14-Gesamtwert	1, 122	45.43	.000***	0.27
VDS30-Neurotizismus	1, 109	31.92	.000***	0.23
GAF	1, 117	244.37	.000***	0.68
QMP02-Fehlzeiten	1, 120	13.43	.000***	0.10

Anmerkung. *** $p < .001$.

Tabelle 31

Ergebnisse zur Effektivität der PKP nach 24 Sitzungen (between subjects)

Messinstrument	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
BDI-II	1, 129	1.78	.184	
VDS90-Depression	1, 116	0.30	.585	
VDS14-Depression	1, 124	31.56	.000***	0.20
VDS90-Gesamtwert	1, 116	1.46	.229	
VDS14-Gesamtwert	1, 122	1.33	.251	
VDS30-Neurotizismus	1, 109	0.22	.637	
GAF	1, 117	32.66	.000***	0.22
QMP02-Fehlzeiten	1, 120	0.59	.443	

Anmerkung. *** $p < .001$.

Tabelle 32

Ergebnisse zur Effektivität der PKP in der KZT nach 24 Sitzungen

Messinstrument	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
BDI-II	61	12.30	.000***	3.15
VDS90-Depression	55	10.14	.000***	2.74
VDS14-Depression	51	10.22	.000***	2.86
VDS90-Gesamtwert	55	10.27	.000***	2.77
VDS14-Gesamtwert	49	4.91	.000***	1.40
VDS30-Neurotizismus	50	5.32	.000***	1.51
GAF	50	-11.20	.000***	-3.17
QMP02-Fehlzeiten	59	2.87	.006**	0.75

Anmerkung. *** $p < .001$, ** $p < .01$.

Tabelle 33

Ergebnisse zur Effektivität der PKP in der LZT nach 24 Sitzungen

Messinstrument	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
BDI-II	68	9.51	.000***	2.31
VDS90-Depression	61	9.16	.000***	2.35
VDS14-Depression	73	12.6	.000***	2.95
VDS90-Gesamtwert	61	8.25	.000***	2.11
VDS14-Gesamtwert	73	3.87	.000***	0.91
VDS30-Neurotizismus	59	2.48	.016*	0.65
GAF	67	-10.34	.000***	-2.53
QMP02-Fehlzeiten	61	2.28	.26*	0.58

Anmerkung: *** $p < .001$, * $p < .05$.

Die durchschnittliche Depressivität geht im Selbsturteil in der KZT statistisch signifikant von 24.99 auf 8.97 (BDI-II) bzw. von 1.42 auf 0.51 (VDS90-Depression) zurück. In der LZT zeigt sich ein statistisch signifikanter Rückgang der Depressivität von 24.22 auf 13.14 (BDI-II) bzw. von 1.39 auf 0.76 (VDS90-Depression). Im Fremdurteil (VDS14-Depression) zeigt sich ein statistisch signifikanter Rückgang der Depressivität in der KZT von 1.54 auf 0.40 bzw. von 1.95 auf 1.04 in der LZT. Das Globale Funktionsniveau steigt in beiden Gruppen statistisch signifikant von 59.66 auf 77.10 (KZT) und von 56.65 auf 66.93 (LZT). Die dysfunktionale Persönlichkeitsakzentuierung (Neurotizismus) sinkt statistisch signifikant von 0.77 auf 0.55 (KZT) bzw. von 0.74 auf 0.65 (LZT). Die Gesamtsymptomatik im Fremdurteil (VDS14) sinkt statistisch signifikant von 0.28 auf 0.08 (KZT) bzw. von 0.17 auf 0.12 (LZT) und im Selbsturteil (VDS90) von 0.65 auf 0.28 (KZT) bzw. von 0.66 auf 0.40 (LZT). Die subjektiv erlebte direkte Veränderung des Erlebens und Verhaltens (VEV) ergab statistisch signifikante positive Werte von 211.19 (KZT) und 201.15 (LZT). Der Anteil der arbeitsfähigen Patienten stieg in der KZT-Gruppe von 69% auf 85% und in der LZT-Gruppe von 73% auf 82%. Die Anzahl der Fehltag

in den letzten drei Monaten sank statistisch signifikant von 16.8 Tagen auf 7.3 Tage (KZT) bzw. von 14.5 Tagen auf 7.7 Tage (LZT).

Hinsichtlich der Gruppenunterschiede zeigte sich lediglich im Fremdurteil der Depressivität (VDS14-Depression) und des Globalen Funktionsniveaus (GAF) ein statistisch bedeutsamer Unterschied. Das bedeutet, dass die Therapeuten die Patienten in der LZT-Gruppe schlechter einstufen, als in der KZT-Gruppe. Im Selbsturteil zeigten sich keinerlei Unterschiede.

6.3.2 Klinische Relevanz

In Bezug auf die Frage, inwieweit die Ergebnisse nicht nur statistische Bedeutsamkeit sondern auch klinische Relevanz haben, wurden die Werte des BDI-II wie in Abschnitt 5.4.2.2 beschrieben kategorisiert. Tabelle 34 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 34

Klinische Relevanz der Ergebnisse im BDI-II nach 24 Sitzungen

	KZT		LZT	
Klassifikation nach Hautzinger et al. (2016)				
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Depressiv	13	22	28	48
Nicht depressiv	45	78	31	52
Klassifikation nach Hiller et al. (nach Jacobi & Reinecker, 2018)				
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Remittiert	45	78	31	49
Response	8	14	14	22
Non-Responder	5	8	16	25
Verschlechtert	-	-	2	3
Klassifikation nach Hiroe et al. (2005)				
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Große Veränderung	20	32	7	10
Moderate Veränderung	26	42	28	41
Minimale Veränderung	9	15	16	23
Non-Responder	6	10	16	23
Minimal verschlechtert	1	2	-	-
Moderat verschlechtert	-	-	2	3

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie.

Die Analyse der klinischen Relevanz zeigt, dass es in der KZT-Gruppe zum Zeitpunkt der 24. Sitzung weniger depressive Patienten gibt, als in der LZT-Gruppe. Es gibt in der LZT-Gruppe mehr Patienten, die sich bis zur 24. Sitzung klinisch nicht relevant verbessert hatten (Non-Responder). Insgesamt zeigt sich, dass Patienten in der KZT-Gruppe schneller bzw. stärker auf die Behandlung ansprechen, als Patienten in der LZT-Gruppe ($\chi^2(1)=8,05, p < .01, \phi=-0,26$).

6.4 Effizienz der PKP (Hypothese 2)

Es wurde angenommen, dass nach sechs weiteren Erhaltungseinheiten in der KZT-Gruppe bzw. nach 20 weiteren Therapieeinheiten in der LZT-Gruppe kein weiterer signifikanter Wirksamkeitsanstieg hinsichtlich der allgemeinen und der depressionsspezifischen psychopathologischen Symptomatik mehr zu beobachten ist und sich die zwei Gruppen darin ebenfalls nicht unterscheiden.

6.4.1 Statistische Analyse

Tabelle 35 zeigt die Ergebnisse der statistischen Analysen in Bezug auf Veränderungen zwischen der 24. Therapiesitzung und der sechsten Erhaltungssitzung (KZT) bzw. 44. Therapiesitzung (LZT) über beide Gruppen hinweg. Tabelle 36 zeigt die Ergebnisse der statistischen Analysen hinsichtlich der Gruppenunterschiede in diesem Zeitraum. Tabelle 37 und 38 zeigen die Ergebnisse der statistischen Analysen in Bezug auf Veränderungen zwischen der 24. Therapiesitzung und der 30. Therapiesitzung in der KZT-Gruppe bzw. der 44. Therapiesitzung in der LZT-Gruppe.

Tabelle 35

Ergebnisse zur Effizienz der PKP zwischen der 24. und der 30./44. Sitzung (within subjects)

Messinstrument	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
BDI-II	1, 106	16.15	.000***	0.13
VDS90-Depression	1, 100	16.66	.000***	0.14
VDS14-Depression	1, 101	43.68	.000***	0.30
VDS90-Gesamtwert	1, 100	10.15	.002**	0.09
VDS14-Gesamtwert	1, 98	21.48	.000***	0.18
VDS30-Neurotizismus	1, 98	48.12	.000***	0.33
VEV	1, 93	7.53	.007**	0.08
GAF	1, 104	91.34	.000***	0.47
QMP02-Fehlzeiten	1, 100	3.96	.049*	0.04

Anmerkung. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Tabelle 36

Ergebnisse zur Effizienz der PKP zwischen der 24. und der 30./44. Sitzung (between subjects)

Messinstrument	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
BDI-II	1, 116	3.75	.055	
VDS90-Depression	1, 100	6.08	.015*	0.06
VDS14-Depression	1, 101	14.62	.000***	0.13
VDS90-Gesamtwert	1, 100	4.34	.040*	0.04
VDS14-Gesamtwert	1, 98	0.45	.504	
VDS30-Neurotizismus	1, 98	0.50	.483	
VEV	1, 93	1.64	.203	
GAF	1, 104	22.71	.000***	0.18
QMP02-Fehlzeiten	1, 100	0.45	.504	

Anmerkung. *** $p < .001$, * $p < .05$.

Tabelle 37

Ergebnisse zur Effizienz der PKP in der KZT zwischen der 24. und der 30. Sitzung

Messinstrument	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
BDI-II	53	0.71	.483	
VDS90-Depression	50	0.66	.509	
VDS14-Depression	44	1.14	.261	
VDS90-Gesamtwert	50	0.27	.789	
VDS14-Gesamtwert	42	1.49	.144	
VDS30-Neurotizismus	51	2.36	.022*	0.66
VEV	51	-0.18	.859	
GAF	46	-4.26	.000***	-1.26
QMP02-Fehlzeiten	50	0.45	.652	

Anmerkung. *** $p < .001$, * $p < .05$.

Tabelle 38

Ergebnisse zur Effizienz der PKP in der LZT zwischen der 24. und der 44. Sitzung

Messinstrument	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
BDI-II	53	5.38	.000***	1.48
VDS90-Depression	50	4.78	.000***	1.35
VDS14-Depression	57	9.62	.000***	2.55
VDS90-Gesamtwert	50	4.69	.000***	1.33
VDS14-Gesamtwert	56	5.66	.000***	1.51
VDS30-Neurotizismus	47	6.74	.000***	1.97
VEV	42	-4.23	.000***	-1.31
GAF	58	-9.51	.000***	-2.50
QMP02-Fehlzeiten	50	2.48	.017*	0.70

Anmerkung. *** $p < .001$, * $p < .05$.

Die durchschnittliche Depressivität geht im Selbsturteil in der KZT statistisch nicht signifikant von 8.97 auf 8.20 (BDI-II) bzw. von 0.51 auf 0.41 (VDS90-Depression) zurück. In der LZT zeigt sich ein statistisch signifikanter Rückgang der Depressivität von 13.14 auf 7.78 (BDI-II) bzw. von 0.76 auf 0.49 (VDS90-Depression). Im Fremdurteil (VDS14-Depression) zeigt sich ein statistisch nicht signifikanter Rückgang der Depressivität in der KZT von 0.40 auf 0.27 und ein statistisch signifikanter Rückgang der Depressivität von 1.04 auf 0.33 in der LZT. Das Globale Funktionsniveau steigt in beiden Gruppen statistisch signifikant von 77.10 auf 80.96 (KZT) und von 66.93 auf 75.34 (LZT). Die dysfunktionale Persönlichkeitsakzentuierung (Neurotizismus) sinkt statistisch signifikant von 0.55 auf 0.48 (KZT) bzw. von 0.65 auf 0.46 (LZT). Die Gesamtsymptomatik im Fremdurteil (VDS14) sinkt statistisch nicht signifikant von 0.08 auf 0.06 (KZT) und statistisch signifikant von 0.12 auf 0.06 (LZT) und im Selbsturteil (VDS90) statistisch nicht signifikant von 0.28 auf 0.27 (KZT) und statistisch signifikant von 0.40 auf 0.32 (LZT). Die subjektiv erlebte direkte Veränderung des Erlebens und Verhaltens (VEV) ergab statistisch signifikante positive Werte von 214.0 (KZT) und 215.71 (LZT). Der Anteil der arbeitsfähigen Patienten stieg in der KZT-Gruppe von 85% auf 89% und in der LZT-Gruppe von 82% auf 93%. Die Anzahl der Fehltage in den letzten drei Monaten sank statistisch nicht signifikant von 7.3 Tagen auf 3.6 Tage (KZT) bzw. statistisch signifikant von 7.7 Tagen auf 3.0 Tage (LZT).

Hinsichtlich der Gruppenunterschiede zeigten sich im Fremdurteil der Depressivität (VDS14-Depression) und des Globalen Funktionsniveaus (GAF) ein statistisch bedeutsamer Unterschied sowie im Selbsturteil hinsichtlich der Depressivität (VDS90-Depression) und hinsichtlich der Gesamtsymptomatik (VDS90-Gesamtwert). Das bedeutet, dass die Therapeuten die Patienten in der LZT-Gruppe schlechter einstufen, als in der KZT-Gruppe und sich die Patienten in der LZT-Gruppe im VDS90 schlechter einstufen, jedoch nicht im BDI-II.

6.4.2 Klinische Relevanz

In Bezug auf die Frage, inwieweit die Ergebnisse nicht nur statistische sondern auch klinische Relevanz haben, wurden die Werte des BDI-II wie in Abschnitt 5.4.2.2 beschrieben kategorisiert. Tabelle 39 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 39

Klinische Relevanz der Ergebnisse im BDI-II nach 30 bzw. 44 Sitzungen

	KZT		LZT	
Klassifikation nach Hautzinger et al. (2016)				
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Depressiv	13	24	10	18
Nicht depressiv	42	76	45	81
Klassifikation nach Hiller et al. (nach Jacobi & Reinecker, 2018)				
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Remittiert – neu	7	13	16	30
Remittiert – stabil	35	65	28	52
Response	1	2	3	6
Non-Responder	3	6	5	9
Verschlechtert	8	15	2	4
Klassifikation nach Hiroe et al. (2005)				
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Große Veränderung	2	4	5	9
Moderate Veränderung	5	9	10	19
Minimale Veränderung	8	15	9	17
Non-Responder	26	48	27	50
Minimal verschlechtert	8	15	3	6
Moderat verschlechtert	4	7	-	-
Große Verschlechterung	1	2	-	-

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie.

Die Analyse der klinischen Relevanz zeigt, dass es in der KZT-Gruppe zum Zeitpunkt der 30. Sitzung ähnlich viele gesunde Patienten gibt, wie in der LZT-Gruppe nach 44 Sitzungen ($\chi^2(1) = 0.50, p > .05$). Es gibt in der LZT-Gruppe mehr Patienten, die erst nach der 24. Sitzung remittierten. Es verschlechterten sich mehr Patienten in der KZT-Gruppe klinisch relevant als in der LZT-Gruppe.

6.5 Stabilität des Therapieerfolgs (Hypothese 3)

Es wurde angenommen, dass in beiden Gruppen der Therapieerfolg nachhaltig und stabil ist, so dass es zum Zeitpunkt der Katamnese zu keiner erneuten Verschlechterung der Symptomatik kommt.

6.5.1 Statistische Analyse

Tabelle 40 zeigt die Ergebnisse der statistischen Analysen in Bezug auf Veränderungen zwischen der letzten Erhaltungstherapie-Sitzung (KZT) bzw. letzten Therapieeinheit (LZT) und der Katamnese über beide Gruppen hinweg. Tabelle 41 zeigt die Ergebnisse der statistischen Analysen hinsichtlich der Gruppenunterschiede in diesem Zeitraum. Tabelle 42 und 43 zeigen die Ergebnisse der statistischen Analysen in Bezug auf Veränderungen zwischen der 30. Therapiesitzung und der Katamnese in KZT-Gruppe bzw. zwischen der 44. Sitzung und der Katamnese in der LZT-Gruppe.

Tabelle 40

Ergebnisse zur Stabilität der PKP zwischen der 30./44. Sitzung und der Katamnese (within subjects)

Messinstrument	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
BDI-II	1, 59	0.50	.484	
VDS90-Depression	1, 62	0.01	.909	
VDS14-Depression	1, 59	1.01	.319	
VDS90-Gesamtwert	1, 62	0.03	.876	
VDS14-Gesamtwert	1, 55	0.02	.893	
VDS30-Neurotizismus	1, 60	0.09	.760	
VEV	1, 57	1.35	.251	
GAF	1, 63	8.95	.004**	.12
QMP02-Fehlzeiten	1, 61	0.52	.472	

Anmerkung. ** $p < .01$.

Tabelle 41

Ergebnisse zur Stabilität der PKP zwischen der 30./44. Sitzung und der Katamnese (between subjects)

Messinstrument	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
BDI-II	1, 59	0.02	.883	
VDS90-Depression	1, 62	2.32	.133	
VDS14-Depression	1, 59	0.01	.927	
VDS90-Gesamtwert	1, 62	1.09	.300	
VDS14-Gesamtwert	1, 55	0.05	.833	
VDS30-Neurotizismus	1, 60	0.40	.530	
VEV	1, 57	.002	.966	
GAF	1, 63	2.75	.102	
QMP02-Fehlzeiten	1, 61	1.85	.179	

Tabelle 42

Ergebnisse zur Stabilität der PKP in der KZT zwischen der 30. Sitzung und der Katamnese

Messinstrument	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
BDI-II	33	1.38	.177	
VDS90-Depression	35	2.93	.006**	.99
VDS14-Depression	30	-0.44	.662	
VDS90-Gesamtwert	35	1.24	.223	
VDS14-Gesamtwert	26	-0.25	.804	
VDS30-Neurotizismus	35	1.80	.081	
VEV	32	-2.07	.047*	-.73
GAF	33	-1.12	.271	
QMP02-Fehlzeiten	35	-0.50	.621	

Anmerkung. ** $p < .01$, * $p < .05$.

Tabelle 43

Ergebnisse zur Stabilität der PKP in der LZT zwischen der 44. Sitzung und der Katamnese

Messinstrument	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
BDI-II	26	-0.55	.584	
VDS90-Depression	27	-1.94	.063	
VDS14-Depression	29	-0.95	.348	
VDS90-Gesamtwert	27	-1.13	.267	
VDS14-Gesamtwert	29	0.12	.908	
VDS30-Neurotizismus	25	-0.88	.388	
VEV	25	0.49	.626	
GAF	30	-2.93	.006**	-1.07
QMP02-Fehlzeiten	26	-1.00	.327	

Anmerkung. ** $p < .01$.

Die durchschnittliche Depressivität geht im Selbsturteil in der KZT statistisch nicht signifikant von 8.20 auf 5.82 (BDI-II) und statistisch signifikant von 0.41 auf 0.23 (VDS90-Depression) zurück. In der LZT zeigt sich ein statistisch nicht signifikanter Rückgang der Depressivität von 7.78 auf 6.83 (BDI-II) und eine statistisch nicht signifikante Zunahme 0.49 auf 0.52 (VDS90-Depression). Im Fremdurteil (VDS14-Depression) zeigt sich ein statistisch nicht signifikanter Rückgang der Depressivität in der KZT von 0.27 auf 0.24 bzw. von 0.33 auf 0.29 in der LZT. Das Globale Funktionsniveau steigt statistisch nicht signifikant von 80.96 auf 83.66 (KZT) und statistisch signifikant von 75.34 auf 80.35 (LZT). Die dysfunktionale Persönlichkeitsakzentuierung (Neurotizismus) sinkt statistisch nicht signifikant von 0.48 auf 0.40 (KZT) bzw. von 0.46 auf 0.40 (LZT). Die Gesamtsymptomatik im Fremdurteil (VDS14) ändert sich nicht in der KZT (0.06) und sinkt statistisch nicht signifikant von 0.06 auf 0.05 in der LZT und sinkt im Selbsturteil (VDS90) statistisch nicht signifikant von 0.27 auf 0.20 (KZT) bzw. von 0.32 auf 0.28 (LZT). Die subjektiv erlebte direkte Veränderung des Erlebens und

Verhaltens (VEV) ergab eine statistisch signifikante positive Veränderung von 214.00 auf 228.68 in der KZT und eine statistisch nicht signifikante Veränderung von 215.71 auf 216.39 in der LZT. Der Anteil der arbeitsfähigen Patienten blieb in der KZT-Gruppe 89% und in der LZT-Gruppe 93%. Die Anzahl der Fehltage in den letzten drei Monaten sank statistisch nicht signifikant von 3.6 Tagen auf 0.6 Tage (KZT) bzw. von 3.0 Tagen auf 0.2 Tage (LZT).

Hinsichtlich der Gruppenunterschiede zeigten sich keinerlei statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

6.5.2 Klinische Relevanz

In Bezug auf die Frage, inwieweit die Ergebnisse nicht nur statistische sondern auch klinische Relevanz haben, wurden die Werte des BDI-II wie in Abschnitt 5.4.2.2 beschrieben kategorisiert. Tabelle 44 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 44

Klinische Relevanz der Ergebnisse im BDI-II nach der Katamnese

	KZT		LZT	
Klassifikation nach Hautzinger et al. (2016)				
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Depressiv	5	15	6	21
Nicht depressiv	29	85	23	79
Klassifikation nach Hiller et al. (nach Jacobi & Reinecker, 2018)				
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Remittiert – neu	5	15	-	-
Remittiert – stabil	25	71	21	78
Response	-	-	-	-
Non-Responder	1	3	2	7
Verschlechtert	3	9	4	15
Klassifikation nach Hiroe et al. (2005)				
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Große Veränderung	-	-	-	-
Moderate Veränderung	5	15	-	-
Minimale Veränderung	3	9	3	11
Non-Responder	21	62	19	70
Minimal verschlechtert	4	12	4	15
Moderat verschlechtert	1	3	1	4
Große Verschlechterung	-	-	-	-

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie.

Die Analyse der klinischen Relevanz zeigt, dass es in der KZT-Gruppe zum Zeitpunkt der Katamnese ähnlich viele gesunde Patienten gibt, wie in der LZT-Gruppe, die Ergebnisse also insgesamt als stabil angesehen werden können ($\chi^2(1) = 0.39, p > .05$). Allerdings gibt es in der KZT-Gruppe 5 Patienten (15%), die erst zu diesem Zeitpunkt remittierten. Zum Zeitpunkt der Katamnese hatten sich 3 Patienten (9%) in der KZT-Gruppe und 4 Patienten (15%) in der LZT-Gruppe klinisch relevant verschlechtert im Vergleich zum Ende der Therapie

6.6 Flexibilisierung der Überlebensregel (Hypothese 4)

Es wurde angenommen, dass sich die Emotionsregulation in beiden Gruppen bis zur 24. Therapieeinheit signifikant flexibilisiert und darüber hinaus stabil bleibt.

6.6.1 Statistische Analyse

Die Ergebnisse der statistischen Analysen zeigten, dass sich die Überlebensregel bis zur 24. Sitzung über beide Gruppen hinweg höchst signifikant flexibilisiert hatte, $F(1, 74) = 248.33, p < .001, \eta^2 = 0.77$. Dabei zeigte sich kein Gruppenunterschied, $F(1, 74) = 0.13, p = .715$.

Zum Ende der Therapie zeigte sich ebenfalls über beide Gruppen hinweg eine höchst signifikante Flexibilisierung der Überlebensregel, $F(1, 76) = 20.35, p < .001, \eta^2 = 0.21$. Dabei zeigte sich ebenfalls kein Gruppenunterschied, $F(1, 76) = 0.24, p = .629$.

In der Katamnese hatte sich die Überlebensregel erneut über beide Gruppen hinweg statistisch höchst signifikant flexibilisiert, $F(1, 51) = 14.03, p < .001, \eta^2 = .22$. Auch hier zeigte sich kein Gruppenunterschied, $F(1, 51) = 0.13, p = .723$.

6.6.2 Klinische Relevanz

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Emotionsregulation in beiden Gruppen über den gesamten Erhebungszeitraum höchst signifikant flexibilisiert hat und es in der Flexibilisierung der Überlebensregel keinen Gruppenunterschied gab. Die Effektstärke ist über den gesamten Prozess sehr groß. Die Patienten berichten zu Beginn der Therapie auf einer Skala von 0 bis 3 einen Wert von 2.57 (KZT) bzw. 2.38 (LZT), d.h. die Patienten waren mittel bis sehr davon überzeugt, dass ihre Überlebensregel wahr war, dass ihr Erleben davon bestimmt wurde, dass sie negative Konsequenzen bei einem Verstoß gegen die Überlebensregel fürchteten, dass sie starke negative Gefühle beim Verstoß gegen die Überlebensregel hatten und es ihnen umgekehrt nicht gut gelang gegen die Überlebensregel zu handeln und sie das auch nicht häufig taten. Dieser Wert war nach 24. Sitzungen bereits auf 1.22 (KZT) bzw. 1.27 (LZT) gesunken (leicht bis mittel), nach 30. bzw. 44 Sitzungen auf 1.01 bzw. 0.99 (leicht) und in der Katamnese auf 0.73 bzw. 0.87 (nicht bis leicht). Diese Ergebnisse sind klinisch hoch relevant, da sie zeigen, dass es den Patienten im Laufe des Therapieprozesses und darüber hinaus gelungen ist, ihre Überlebensregel zu flexibilisieren und damit eine bedeutsam funktionalere Emotionsregulation entwickelt hatten.

6.7 Therapieerfolg in Relation zur Emotionsregulation (Hypothese 5)

Es wurde angenommen, dass Patienten stärker von der Therapie profitieren, je mehr sich die Emotionsregulation verbessert hat. Dazu wurde untersucht, wie die Reduktion der Depressivität (Wert im BDI-II) mit der Flexibilisierung der Überlebensregel als Maß der Emotionsregulation (FB-ÜR) korreliert.

6.7.1 Statistische Analyse

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Reduktion der Depressivität und der Flexibilisierung der Überlebensregel nach 24 Therapiestunden, so ergibt sich ein höchst signifikanter Zusammenhang, $r = .51$, $p < .001$, $n = 69$.

Betrachtet man den Zusammenhang nach der Erhaltungstherapie (KZT) bzw. nach der 44. Therapiestunde (LZT) so ergibt sich immer noch ein hoch signifikanter Zusammenhang, $r = .41$, $p < .01$, $n = 60$.

Betrachtet man den Zusammenhang nach der Katamnese so ergibt sich immer noch ein signifikanter Zusammenhang, $r = .34$, $p < .05$, $n = 39$.

6.7.2 Klinische Relevanz

Es zeigte sich eine klare klinische Relevanz hinsichtlich des Therapieerfolgs in Relation zur Emotionsregulation. Damit bestätigt sich die Annahme, dass Patienten stärker von der Therapie profitieren, je mehr sich ihre Emotionsregulation verbessert hat. Wie bei allen korrelativen Berechnungen kann hier keine Aussage über die Ursache-Wirkungs-Relation getroffen werden. Man kann also nicht sagen, ob eine Verbesserung der Emotionsregulation zu einer Reduktion der Depressivität geführt hat oder ob die Reduktion der Depressivität zu einer Verbesserung der Emotionsregulation geführt hat.

Es zeigt sich, dass Depressivität und Emotionsregulation miteinander zusammenhängen. Allerdings zeigt sich auch, dass es noch andere Einflüsse gibt. Da die Flexibilisierung der Überlebensregel als Maß der Emotionsregulation auch Bezug auf biographisch relevante Schemata und damit lange zurückliegende emotiv-kognitive Bedingungen nimmt, könnten auch andere aktuellere Prozesse Einfluss auf die Emotionsregulation haben, die in der Überlebensregel nicht abgebildet werden. Außerdem dürften auch nicht-emotionale Faktoren einen Einfluss auf die Depressivität haben.

6.8 Differentielle und prädiktive Effekte (Hypothese 6)

Es wurde angenommen, dass es Effekte gibt, die die Patienten dergestalt differenzieren, dass nicht jeder Patient zu jedem Messzeitpunkt gleichermaßen von der Therapie profitiert bzw. dass es Patientenmerkmale gibt, die eine Zuordnung zu einer der beiden Therapiegruppen nahelegen und somit eine Vorhersage (Prognose) für den Therapieerfolg in der einen oder anderen Therapiegruppe ermöglichen könnten. Dabei kommen sowohl störungsspezifische (z.B. Schwere der depressiven Symptome) als auch störungsübergreifende Faktoren (z.B. globales Funktionsniveau, soziodemographische Faktoren, Persönlichkeitsakzentuierungen) zu Beginn der Therapie in Frage, die einen Therapieerfolg bzw. -misserfolg vorhersagen bzw. den Therapieerfolg begünstigen können.

6.8.1 Statistische Analyse

Tabelle 45 zeigt die Ergebnisse der Kategorisierung (siehe Punkt 5.4.3) und Tabelle 46 zeigt die deskriptiven Ergebnisse verschiedener Faktoren zu Beginn der Therapie.

Tabelle 45

Verlaufsformen in den verschiedenen Therapiegruppen

	KZT		LZT		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Schnelle Remission	30	60	20	44	50	52
Langsame Remission	7	14	15	33	22	23
Späte Remission	1	2	-	-	1	1
Instabil/verschlechtert	11	22	6	13	17	18
Unverändert	1	2	5	11	6	6

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie.

Tabelle 46

Differentielle und prädiktive Faktoren der verschiedenen Verlaufsformen

Geschlecht	Schnelle Remission		Langsame Remission		Instabiler Verlauf	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
Anzahl	19	31	7	15	5	12
Prozent <i>N</i>	21	35	8	17	6	14
Prozent <i>n</i>	38	62	32	68	29	71
Alter						
<i>M</i>	37.8		41.6		42.3	
<i>SD</i>	12.0		14.2		13.3	
Medikation	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Anzahl	15	35	9	13	8	9
Prozent <i>N</i>	17	39	10	15	9	10
Prozent <i>n</i>	30	70	40	59	47	53
BDI-II						
<i>M</i>	24.9		27.2		28.2	
<i>SD</i>	8.4		9.5		7.6	
GAF						
<i>M</i>	59.5		61.0		53.7	
<i>SD</i>	6.4		9.6		5.1	
VDS30						
<i>M</i>	0.75		0.98		1.01	
<i>SD</i>	0.34		0.43		0.42	

Anmerkung. KZT: Kurzzeittherapie; LZT: Langzeittherapie.

Tabelle 47 zeigt die Ergebnisse der statistischen Analysen in Bezug auf Unterschiede zwischen den Verlaufsgruppen bei den intervallskalierten Variablen. Die non-parametrischen Tests für die Variablen Geschlecht ($\chi^2(2) = 0.53$, $p = .768$) und Medikation ($\chi^2(2) = 1.92$, $p = .384$) ergaben keine statistisch signifikanten Ergebnisse.

Tabelle 47

Ergebnisse der unterschiedlichen Verlaufsformen

Parameter	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Alter	2, 86	1.169	.316	
BDI-II	2, 86	1.259	.289	
GAF	2, 76	4.992	.009**	0.12
VDS30	2, 76	4.001	.022*	0.10

Anmerkung. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Die Post-Hoc-Tests ergaben, dass beim globalen Funktionsniveau die Gruppe der Patienten mit instabilem Verlauf ein statistisch bedeutsames niedrigeres Funktionsniveau haben, als die beiden anderen Gruppen. Bei der dysfunktionalen Persönlichkeit (VDS30) zeigte die Gruppe der Patienten mit schneller Remission eine statistisch bedeutsame niedrigere dysfunktionale Persönlichkeitsakzentuierung, als die beiden anderen Gruppen. Allerdings erreichte dieser

Faktor im Post Hoc Test nur ein Signifikanzniveau von .82 (schnelle vs. langsame Remission) bzw. .86 (schnelle vs. instabile Remission).

6.8.2 Klinische Relevanz

Von den 89 Patienten, die für diese Fragestellung ausgewertet wurden, remittierten 50 Patienten (52%) schnell, 22 Patienten (23%) remittierten langsam und 17 Patienten (18%) zeigten einen instabilen Verlauf. Der Anteil der schnell remittierten Patienten war in der KZT-Gruppe höher (60%) als in der LZT-Gruppe (44%). In der LZT-Gruppe war der Anteil der langsam remittierten Patienten größer (33%) als in der KZT-Gruppe (14%). Der Anteil der Patienten mit instabilem Verlauf war in der KZT-Gruppe größer (22%) als in der LZT-Gruppe (13%).

Hinsichtlich des Geschlechts, des Alters, der Medikation und der Depressivität (BDI-II) zu Beginn der Therapie zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede. Das globale Funktionsniveau ist in den beiden Remissionsgruppen gleich hoch, in der Gruppe der Patienten mit instabilem Verlauf ist das Niveau jedoch um ca. sechs Punkte niedriger. Die dysfunktionale Persönlichkeitsakzentuierung ist in der Gruppe der Patienten mit schneller Remission niedriger als in den beiden anderen Gruppen. Diese Gruppe weist einen Wert zwischen einem leichten und einem mittleren Syndrom auf, während die beiden anderen Gruppen in der Nähe des mittleren Syndroms liegen. Die Unterschiede hinsichtlich des Funktionsniveaus und der dysfunktionalen Persönlichkeit zeigen jeweils einen mittleren Effekt.

7. Diskussion

Ziel der Arbeit war es, die Wirksamkeit der PKP sowie die Dosis-Wirkungs-Relation auf verschiedenen Ebenen zu evaluieren. Die Ergebnisse bestätigen die generelle Wirksamkeit der PKP bei der Behandlung von depressiven Erkrankungen wie es sich bereits in anderen Studien gezeigt hat (Kaufmayer, 2019; Algermissen, del Pozo & Rösser, 2017). PKP scheint eine effektive und hoch-effiziente Therapieform zur Behandlung depressiver Erkrankungen zu sein. Die meisten Patienten zeigen nach der Behandlung durch PKP eine statistisch signifikante und klinisch relevante Verbesserung der depressiven Symptomatik, es gab jedoch auch Non-Responder und Patienten, die sich nach Ende der Therapie wieder verschlechterten.

Nach Ablauf von 24 Therapiesitzungen waren 78 Prozent der KZT-Gruppe und 53 Prozent der LZT-Gruppe unter die Schwelle der leichten Depression gefallen und wurden somit als gesund angesehen. Weitere 8 Patienten (14%) aus der KZT-Gruppe und 14 Patienten (22%) aus der LZT-Gruppe zeigten eine klinisch relevante Reaktion auf die Behandlung, waren jedoch noch nicht gesund. Außerdem hat sich gezeigt, dass in der KZT-Gruppe 5 Patienten (9%) und 16 Patienten (25%) in der LZT-Gruppe nicht klinisch relevant auf die Behandlung ansprachen. 2 Patienten (3%) aus der LZT-Gruppe hatten sich zu diesem Zeitpunkt verschlechtert. Die Ergebnisse der KZT-Gruppe decken sich mit der Beobachtung, dass ca. 75% der Patienten nach 26 Sitzungen nicht weiter von der Therapie profitieren (Howard et al., 1986). Hypothese 1 kann somit beibehalten werden.

Nach Ablauf von sechs Erhaltungssitzungen in monatlichem Abstand in der KZT-Gruppe zeigte sich bei keiner der gemessenen Dimensionen eine Verschlechterung. Die Ergebnisse waren alle stabil. Auf den Dimensionen Neurotizismus (dysfunktionaler Persönlichkeitsstil) und Globales Funktionsniveau zeigten sich sogar weitere statistisch bedeutsame Verbesserungen, die jedoch klinisch nicht relevant erscheinen. In der LZT-Gruppe zeigten sich nach der 24. Sitzung weiterhin auf allen Dimensionen statistisch bedeutsame Verbesserungen. Die durchschnittliche Reduktion der depressiven Symptomatik war in Bezug auf die Gesamtgruppe der LZT klinisch nicht relevant. Auch waren am Ende der Erhaltungstherapie bzw. der Langzeittherapie ähnlich viele Menschen gesund (76% vs. 81%). Es zeigte sich aber auch, dass 7 Patienten in der KZT-Gruppe (13%) und 16 Patienten in der LZT-Gruppe (30%) erst nach der 24. Sitzung remittierten. Neben 2 Patienten (4%) in der LZT-Gruppe gab es auch 8 Patienten (15%) in der KZT-Gruppe, die sich klinisch relevant verschlechterten. Hypothese 2 kann somit teilweise beibehalten werden. Unter der Berücksichtigung statistischer Signifikanz muss die Hypothese verworfen werden, da sich die Patienten in der LZT-Gruppe weiter verbesserten nach 24 Sitzungen. Hinsichtlich der klinischen Relevanz in Bezug auf den Gruppenmittelwert kann die Hypothese beibehalten werden. Jedoch muss sie verworfen werden, wenn man die Patienten im Einzelnen betrachtet, da der Anteil gesunder Patienten in der LZT-Gruppe von 53 Prozent auf 80 Prozent gestiegen ist.

Zum Zeitpunkt der Katamnese sechs Monate nach Ende der Therapie zeigten sich keinerlei statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen. Betrachtet man die Gruppen einzeln, so zeigt sich, dass das Globale Funktionsniveau in der LZT-Gruppe anstieg, sowie die subjektiv erlebte Veränderung des Erlebens und Verhaltens (VEV) in der KZT-Gruppe. Außerdem sank der Wert im VDS90-Depression in der KZT-Gruppe, jedoch nicht klinisch relevant. Die Ergebnisse in der Katamnese zeigten, dass die Befunde stabil waren (bis auf die Patienten, die sich verschlechtert hatten). Es zeigte sich auch, dass die Patienten in der KZT-

Gruppe langfristig die Veränderung im Erleben und Verhalten noch positiver einschätzen, als am Ende der Therapie, jedoch nicht besser, als die Patienten in der LZT-Gruppe. Hypothese 3 kann somit teilweise beibehalten werden, da es im Durchschnitt einen stabilen Behandlungserfolg auch 6 Monate nach Ende der Therapie gab. Teilweise zeigte sich sogar noch eine weitere Verbesserung, teilweise kam es jedoch auch im Einzelfall zu Verschlechterungen der Symptomatik (siehe unten).

In Bezug auf die Flexibilisierung der Überlebensregel bzw. die funktionale Emotionsregulation hat sich gezeigt, dass es den Patienten im Laufe des Prozesses immer leichter fiel, gegen ihre Überlebensregel zu handeln und sie dabei kaum mehr negative Konsequenzen befürchteten. Da die Überlebensregel als grundlegendes emotionales Schema zur Lebens- und Beziehungsgestaltung angesehen wird, ist die kontinuierliche und nachhaltige Flexibilisierung klinisch hoch relevant, nicht nur im Sinne der Überwindung depressiver Symptome sondern im Sinne psychischer Gesundheit und Gesunderhaltung insgesamt. Hypothese 4 kann somit beibehalten werden, muss jedoch dahingehend modifiziert werden dass sich die Flexibilisierung der Überlebensregel über die 24. Sitzung hinaus weiter verbessert. Es ist jedoch unklar, ob dies aufgrund der weiteren Therapieeinheiten passierte oder aufgrund der bereits erfolgten Flexibilisierung (Selbstverstärkung).

Es hat sich ebenfalls ein statistisch bedeutsamer und klinisch relevanter, mittlerer Zusammenhang zwischen der Flexibilisierung der Überlebensregel und der Reduktion der Depressivität gezeigt. Auch wenn hier keine Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge geprüft werden können, so zeigen diese Ergebnisse doch recht deutlich, dass die Emotionsregulation eine wesentliche Rolle im Zusammenhang mit der Überwindung depressiver Symptome spielt und folglich in der Psychotherapie der Depression eine zentrale Rolle einnehmen sollte. Hypothese 5 kann somit beibehalten werden.

Außerdem hat sich gezeigt, dass nicht jeder Patient gleichermaßen auf die Behandlung anspricht bzw. zu jedem Zeitpunkt gleichermaßen von der Behandlung profitiert. Die soziodemografischen Variablen Alter und Geschlecht hatten keinen statistisch bedeutsamen Einfluss auf den Verlauf. Aus Sicht dieser Arbeit erscheint allerdings ein Funktionsniveau deutlich unter 60 Punkten als möglicher Prädiktor für einen instabilen Verlauf, so dass nach einer zwischenzeitlichen Remission mit einer erneuten Verschlechterung gerechnet werden könnte. Außerdem deuten die Ergebnisse dieser Arbeit darauf hin, dass ein mittleres Syndrom auf der Neurotizismus-Skala (dysfunktionale Persönlichkeit) ein Hinweis auf eine langsame Remission oder einen instabilen Verlauf sein könnte. Demnach sind Patienten mit einem leichten bis maximal mittleren Syndrom Kandidaten für eine schnelle Remission. Hypothese 6 kann somit beibehalten werden, bedarf jedoch weiterer intensiver patientenfokussierter Forschungsbemühungen (Castonguay et al., 2013).

Es gab eine Diskrepanz nach 24 Sitzungen zwischen der Fremdbeurteilung der Patienten durch die Therapeuten und der Selbstbeurteilung dergestalt, dass die Therapeuten in der LZT-Gruppe ihre Patienten statistisch schlechter einschätzten, als die Patienten sich selbst. Dies zeigte sich sowohl bei der Beurteilung der Depressivität im klinischen Interview als auch bei der Beurteilung des Globalen Funktionsniveaus. Dies könnte zum einen darin begründet sein, dass tatsächlich mehr Patienten in der LZT-Gruppe Depressivitätswerte oberhalb der Depressionsschwelle zeigten als in der KZT-Gruppe (auch wenn der Gruppenunterschied statistisch nicht signifikant war). Es könnte aber auch daran liegen, dass die Therapeuten klinische Argumente zur Weiterbehandlung benötigten und daher ihr diagnostisches Urteil eher

strenger fällten als die Patienten selbst und als die Therapeuten der KZT-Gruppe bzw. dass die Kenntnis über die Gesamtsitzungszahl entscheidenden Einfluss auf den Therapieverlauf und damit auch das Urteil der Therapeuten hatte (Lutz, Neu & Rubel, 2019). Der Forschungsbedarf im Bereich der LZT gilt jedoch nach wie vor als hoch, so dass dieser Befund wertvolle Hinweise liefert (Strauß, 2019). Es könnte sein, dass ein Bias entsteht, wenn man weiß, wie viele Stunden zur Verfügung stehen, nämlich, dass man dann auch genau diese Anzahl an Sitzungen verwendet. Um dies zu kontrollieren, empfiehlt es sich, in zukünftigen Arbeiten die zur Verfügung stehenden Sitzungen entweder zu verblinden oder durch Feedback während der Behandlung zu kontrollieren, dass die Therapie beendet wird, wenn der Patient gesund ist. Die neueren Befunde zur Rolle des Feedbacks an den behandelnden Therapeuten über den Behandlungserfolg sprechen ebenfalls dafür, dieses Vorgehen in zukünftige Therapiestudien zu integrieren (Strauß, 2019).

In dieser Arbeit war vor allem die reale Versorgungssituation von Interesse (externe Validität), was dazu führte, dass die Patienten nicht randomisiert den verschiedenen Behandlungsbedingungen zugeordnet wurden, sondern zuerst die KZT-Gruppe gebildet wurde und anschließend die LZT-Gruppe. Damit kann grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden, dass Gruppenunterschiede nicht auf die unterschiedlichen Behandlungsformen, sondern auf Stichprobenmerkmale zurückzuführen sein könnten, auch wenn sich gezeigt hat, dass es hinsichtlich der Effizienz keine Unterschiede zwischen diesen Studiendesigns gibt (Wampold, Imel & Pflücker, 2018). Zwar zeigten sich keine klinisch relevanten Unterschiede zwischen den Gruppen zu Beginn der Behandlung, dennoch empfiehlt sich für Folgeuntersuchungen immer auch eine randomisierte Zuteilung zu den verschiedenen Therapiegruppen in Betracht zu ziehen, um etwaige Zweifel auszuräumen. Eine randomisierte Aufteilung ist aufgrund der hier gefundenen Ergebnisse auch aus klinischer Sicht vertretbar, solange es den Patienten weiterhin freigestellt wird, eine KZT bei Bedarf in eine LZT umzuwandeln.

Ein häufiger Einwand gegen praxisorientierte Forschung ist die mangelhafte Kontrolle der Therapeuten hinsichtlich der Behandlungsintegrität. Da es zum Konzept der PKP gehört, den Therapeuten zusammen mit den Patienten darin zu fördern, zu einer informierten Übereinstimmung (informed consent) bezüglich der Behandlung zu kommen und es den Therapeuten auch gestattet ist, eigene therapeutische Interventionen in die Behandlung einzubauen (solange sie als evidenzbasiert im Sinne der Verhaltenstherapie gelten), war das Ausmaß der Kontrolle der Therapeuten hinsichtlich ihrer Behandlungsintegrität nur gering. Die Therapeuten wurden einerseits regelmäßig und intensiv supervidiert, andererseits erstellten die Therapeuten Protokolle über die eingesetzten Sprechstundenkarten (SSK). Diese Protokolle wurden gesichtet und auf Plausibilität geprüft, jedoch nicht systematisch bzw. rechnerisch ausgewertet. Zukünftige Studien könnten versuchen, Muster und Zusammenhänge zwischen den verwendeten Therapiekarten und therapeutischer Effekte zu finden. Jedoch zeigte sich, dass spezifische Interventionen im Vergleich zu Kontextvariablen in der Psychotherapie meist einen geringen Effekt haben (Wampold, Imel & Pflücker, 2018).

Ein weiteres wichtiges Thema neuerer Versorgungsforschung ist die Symptomverschlechterung während oder nach der Therapie (Kraus et al., 2011) sowie die Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie allgemein (Linden & Strauß, 2018). In dieser Studie zeigten nach 24 Sitzungen ein Patient eine minimale Verschlechterung (2%) und zwei Patienten eine moderate Verschlechterung (3%). Zwischen der 24. und der letzten Erhaltungssitzung hatten sich in der KZT-Gruppe acht Patienten minimal verschlechtert (15%), vier Patienten

moderat verschlechtert (7%) und ein Patient hatte sich deutlich verschlechtert (2%). In der LZT-Gruppe hingegen hatten sich 3 Patienten (6%) zwischen der 24. und der 44. Sitzung minimal verschlechtert. Zum Zeitpunkt der Katamnese hatten sich in der KZT-Gruppe 4 Patienten (12%) minimal verschlechtert und ein Patient (3%) moderat verschlechtert. In der LZT-Gruppe hatten sich ebenfalls 4 Patienten (15%) minimal verschlechtert und ein Patient (4%) moderat verschlechtert. Ebenfalls wurde betrachtet, wie viele Menschen einen instabilen Verlauf hatten, also sich zunächst klinisch relevant verbesserten und dann nach 24 Sitzungen wieder verschlechterten. Dies betraf 11 Patienten (22%) in der KZT-Gruppe und 6 Patienten (13 Prozent) in der LZT-Gruppe. Unterschiede zwischen den verschlechterten und den instabilen Patienten ergeben sich durch fehlende Daten. Insgesamt zeigt sich, dass die Behandlungserfolge relativ stabil sind und nur eine relativ kleine Gruppe an Patienten sich verschlechterten oder nicht stabil waren. Zum Teil ist dies dadurch erklärbar, dass der Verlauf unabhängig von der Behandlungsform starken Kontextvariablen unterliegt und folglich immer zu Veränderungen im Verlauf führen kann. Zum anderen hat sich hier gezeigt, dass Patienten mit instabilem Verlauf ein niedrigeres Funktionsniveau und eine dysfunktionaleren Persönlichkeitsstil aufweisen. Dieser Befund könnte ursächlich für die Verschlechterung der Symptomatik sein. Weiterführende Studien sollten diese Faktoren näher untersuchen.

Die Studie wurde unter naturalistischen Bedingungen ambulant tätiger psychologischer Psychotherapeuten durchgeführt und hat sich als wirksam erwiesen. Weitere Forschungen sollten untersuchen inwieweit es bei Ärzten (Mediziner) zu ähnlichen Ergebnissen kommt oder ob es eventuelle berufsgruppenbedingte Unterschiede gibt. Des Weiteren sollte untersucht werden, inwieweit die PKP unter ambulanten psychiatrischen Versorgungsbedingungen wirksam ist.

Literaturverzeichnis

- Abramson, L., Seligman, M. & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Algermissen, C., del Pozo, M.A. & Rösser, N. (2017). Psychiatric Short-Term Group Psychotherapy. Vortrag auf dem WPA Weltkongress für Psychiatrie in Berlin 19.10.2017.
- Amelang, M. & Zielinski, W. (2002). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin: Springer.
- Bandura, A. (1971). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N., Marginson, F., Evans, C. & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 160-167.
- Beck, A. (1974). The development of depression. A cognitive model. In: R. J. Friedmann & M. M. Katz (Hrsg.) *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (S. 3-27). Washington, DC: Winston-Wiley.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M., Harwood, T.M. Romanelli, R., Gallagher-Thompson, D. & Thompson, L. (2003). A comparison of Dodo, EST, and ATI indicators among comorbid stimulant dependent, depressed patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 69-85.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre (Hrsg.), *Affective disorders, psychoanalytic contributions to their study* (S. 13-48). Oxford, England: International Universities Press.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Brakemeier, E.-L., Normann, C. & Berger, M. (2008). Ätiopathogenese der unipolaren Depression: Neurobiologische und psychosoziale Faktoren. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51, 379-391.
- Brakemeier, E.-L., Schramm, E. & Hautzinger, M. (2012). *Chronische Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK. Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin.

- Busch, M.A., Maske, U.E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733-739. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Castonguay, L. G., Barkham, M., Lutz, W. & McAleavy, A. (2013). Practice-oriented research: Approaches and Applications. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 85-133). New York: Wiley.^
- Cipriani et al. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, 391, 1357-1366.
- Damasio, A.R. (2010). *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. Berlin. Ullstein.
- Deckert, B. (2014). Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) der Depression. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Strategische Therapien* (S. 287- 304). München: CIP-Medien.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt & M.H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (2016). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. Bern: Hogrefe.
- Dohmen, A. & Fiedler, M. (2015). Ökonomisierung im Gesundheitswesen: Betriebswirtschaftlicher Erfolg als Unternehmensziel. *Deutsches Ärzteblatt*, 112, A-364/B-312/C-308.
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N. & Greenberg, L.S. (2007). *Praxishandbuch der Emotionsfokussierten Therapie: Einführung in die prozess- und erlebnisorientierte Psychotherapie mit genauer Beschreibung der Vorgehensweise*. München: CIP-Medien.
- Ellis, A. (2008). *Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. & Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Engel, G.L. (1977). *The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. Science, 196, 129-136.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2017). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Franke, G.H. (2002). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) – Deutsche Version - Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. 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.
- Greenberg, L. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In S. K. D. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion: Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 77-100). München: CIP-Medien.
- Gross, J.J. & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hauke, G. (2012). *Strategisch Behaviorale Therapie (SBT): Emotionale Überlebensstrategien – Werte – Embodiment*. Berlin: Springer.
- Hauke, G. & Dall’Occhio, M. (2014). Die Arbeit mit Emotionen in der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT): Emotionale Aktivierung durch Embodimenttechniken. In S.K.D. Sulz (Hrsg.), *Strategische Therapien SKT, SBT, SJT. PKP* (S. 145-166). München: CIP-Medien.
- Hautzinger, M. (2006). Affektive Störungen - Neuropsychologie. In H. Förstl, M. Hautzinger & G. Roth (Hrsg.), *Neurobiologie psychischer Störungen* (S. 447-480). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. (2018). *Ratgeber Depression. Informationen für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D. & Keller, F. (2012). *ADS - Allgemeine Depressionsskala*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2016). *BDI-II: Beck-Depressions-Inventar Revision*. Frankfurt: Pearson Assessment.
- Hautzinger, M. & Meyer, T. D. (2002). *Diagnostik affektiver Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.

- Hebing, M. (2012). *Evaluation und Prädiktion therapeutischer Veränderung im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)*. München: CIP Medien.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995). *Weltgesundheitsorganisation. Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 (IDCL)*. Bern: Huber.
- Hiroe, T., Kojima, M., Yamamoto, I., Nojima, S., Kinoshita, Y., Hashimoto, N., Watanabe, N., Maeda, T. & Furukawa, T.A. (2005). Gradations of clinical severity and sensitivity to change assessed with the Beck Depressions-Inventmtory-II in Japanese patients with depression. *Psychiatry Research*, 135, 229-235.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Hoy, V. U. (2014). *Evaluation des strategisch-behavioralen Therapiemoduls „Entwicklung als Therapie“ sowie deren Implikation für die Gesundheitspädagogik. Möglichkeiten der Spezifikation des Konzepts der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) auf Einzelfälle zur Optimierung individueller Therapieprozesse und –ergebnisse*. München: CIP-Medien.
- IBM Corp. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0*. New York: IBM Corp.
- Izard, C. E. (1994). *Die Emotionen des Menschen. Eine Einführung in die Grundlagen der Emotionspsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Jacobi, F. & Reinecker, H. (2018). Psychotherapieforschung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1, Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (S. 69-83). Berlin: Springer.
- Jones, I., Kent, L. & Craddock, N. (2002). Genetics of affective disorders. In P. McGuffin, M.J. Owen, & I.I. Gottesman (Hrsg.) *Psychiatric Genetics & Genomics* (S. 211-245). New York: Oxford University Press.
- Kanfer, F. H. (1990). The scientist-practitioner connection: A bridge in need of constant attention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 264-270.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks C. E. & Landes, S. J. (2008). The Nature of Clinical Depression: Symptoms, Syndromes, and Behavior Analysis. *The Behavior Analyst*, 31(1), 1-21.
- Kaufmayer, T. (2019). *Behandlungserfolg und Prädiktoren der therapeutischen Veränderung bei ambulanter Depressionsbehandlung mit Psychiatrischer Kurz-Psychotherapie (PKP)*. Unv. Diss. Eberhard Karls Universität Tübingen.
- Kegan, R. (1994). *Die Entwicklungsstufen des Selbst: Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München: Kindt.

- Kraus, D., Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Nordberg, S. S. & Hayes, J. (2011). Therapist effectiveness: implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research, 21*, 267-276.
- Kubinger, K. D., Rasch, D. & Moder, K. (2009). Zur Legende der Voraussetzungen des t-Tests für unabhängige Stichproben. *Psychologische Rundschau, 60*, 26-27.
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.) *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 169-218). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B. & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69* (2), 159-172.
- Laux, G. (2012). *PKP Ergänzungsset Antidepressive Pharmakotherapie*. München: CIP-Medien.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: Thy mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Hrsg.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (S. 157-178). New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Youngren, M. & Crosscup, S. (1979). Reinforcement and depression. In: R. Depue (Hrsg.) *The psychobiology of depressive disorders* (S. 291-319). New York: Academic Press.
- Linden, M. & Strauß, B. (2012). *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Liwowsky, I. (2014). *Strategisch-Behaviorale Gruppen-Therapie der Depression. Konzeption und Evaluation im stationär-psychiatrischen Setting*. München: CIP-Medien.
- Lutz, W., Neu, R. & Rubel, J. A. (2019). *Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Margraf, J. (2018). Hintergründe und Entwicklung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1, Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (S. 3-35). Berlin: Springer.
- Margraf, J., Cwik, J. C., Suppinger, A. & Schneider, S. (2017). *DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen*. Bochum: RUB Open Access Monographs.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt, 105*, 413-418.

- McCullough, J. P. (2007). *Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – Trainingsmanual*. München: CIP-Medien.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior Modification. An integrative Approach*. New York: Springer.
- Melchinger, H. (2008). Ambulante psychiatrische Versorgung: Umsteuerungen dringend geboten. *Deutsches Ärzteblatt*, 105 (46), A 2457–60.
- Munder, T., Brütsch, O., Leonhart, R., Gerger, H. & Barth, J. (2013). Researcher Allegiance in psychotherapy outcome research: an overview of reviews. *Clinical Psychology Review*, 33, 501-511.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361-373.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6 (1), 6-27.
- Parfy, E. & Lenz, G. (2018). Menschenbild. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1, Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie* (S. 51-67). Berlin: Springer.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1977). *Die Psychologie des Kindes*. Frankfurt: Fischer.
- Richter-Benedikt, A. J. (2015). *Strategische Jugendlichentherapie (SJT): Konzeption und Evaluation im Einzel- und Gruppensetting in der Psychotherapie von Jugendlichen*. München: CIP-Medien.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen. DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe, 47-49.
- Schneider, F., Härter, M. & Schorr, S. (Hrsg., 2017). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie - Unipolare Depression*. Springer: Berlin, Heidelberg.
- Schramm, E. (2005). *Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.
- Schwartz, B. & Flowers, J. V. (2015). *Was Therapeuten falsch machen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Seligman, M. E. P. (1974). Depression and learned helplessness. In: R. J. Friedmann & M. M. Katz (Hrsg.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (S. 83-113). New York: Winston-Wiley.
- Sokolowski, K. (2002). Emotion. In: J. Müsseler & W. Prinz (Hrsg.) *Allgemeine Psychologie* (S. 337-384). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Strauß, B. (2019). Innovative Psychotherapieforschung – Wo stehen wir und wo wollen wir hin? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4-16.
- Sulz, S. K. D. (1992). *Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS: Von der Anamnese zum Therapieplan*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie: Wege zur effizienten Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (1998a). *Das Therapiebuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (1998b). *Depression: Ratgeber & Manual für Betroffene, für Angehörige, für alle beruflichen Helfer*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2000a). Lernen, mit Gefühlen umzugehen – Training der Emotionsregulation. In S. K. D. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion: Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 407-448). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2000b). *Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption: Bericht an den Gutachter und Antragsstellung*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2005). *Internes Qualitätsmanagement in psychotherapeutischer Praxis und Ambulanz*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2008). *VDS Verhaltensdiagnostik- und Therapieplanungsmappe: Das komplette Verhaltensdiagnostiksystem VDS als Kopiervorlage – Fragebögen und Interviewleitfäden mit Auswertungsanleitungen*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2010). Wut ist eine vitale Kraft, die durch Wutexposition in der Psychotherapie nutzbar wird. In T. Bronisch & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Psychotherapie der Aggression: Keine Angst vor Wut* (S. 176-189). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2011). *Therapiebuch III: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2012). *Psychiatrische Kurz-Psychotherapie – PKP. Psychotherapie-Grundkurs und Praxisleitfaden: Therapie-Durchführung in Klinik und Praxis. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2012a). *Psychotherapiekarten für die Praxis – Alkoholabhängigkeit. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2012b). *Psychotherapiekarten für die Praxis – PKP – Therapiekarten Alkohol*. München: CIP-Medien.

- Sulz, S.K.D. (2014a). Vier Kernstrategien der Emotionstherapie: Emotionsregulationstraining – Emotions-Exposition – Emotion Tracking – Metakognitive-mentalisierte Reflexion von Gefühlen. In: S. K. D. Sulz (Hrsg.) *Strategische Therapien* (S. 122-144). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2014b). Störungs-, Therapie- und Gesundheitstheorie der Strategischen Therapien. In: S. K. D. Sulz (Hrsg.) *Strategische Therapien* (S. 27-63). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2015). *Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2017a). Durch Emotionsexposition zu Selbstwirksamkeit. In S.K.D Sulz & T. Bronisch (Hrsg.), *Therapie von Störungen der Emotionsregulation* (S. 148-166). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2017b). *Verhaltenstherapie-Wissen. So gelangen Sie zu einem tiefen Verständnis des Menschen und seiner Symptome*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2017c). *Verhaltenstherapie-Praxis: Alles, was Sie für eine gute Therapie brauchen*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2018). *Psychotherapiekarten für die Praxis – Chronischer Schmerz. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D., Beste, E., Kerber, A.-C., Rupp, E., Scheuerer, R. & Schmidt, A. (2009). Neue Beiträge zur Standarddiagnostik in Psychotherapie und Psychiatrie – Validität und Reliabilität der VDS90- Symptomliste und VDS30-Persönlichkeitsskalen. *Psychotherapie*, 2, 215-232.
- Sulz, S. K. D. & Deckert, B. (2012a). *Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP der Depression: Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Deckert, B. (2012b). *Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP der Depression: Sprechstundenkarten für die Praxis*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Grethe, C. (2005). Die VDS90-Symptomliste: Eine Alternative zur SCL90-R für die ambulante Psychotherapie-Praxis und das interne Qualitätsmanagement? *Psychotherapie*, 10, 38-48.
- Sulz, S. K. D. & Hauke, G. (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT: Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Hauke, G. (2010). Was ist SBT? Und was war SKT? "3rd wave"-Therapie bzw. Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT) der dritten Generation. *Psychotherapie*, 15(1), 10-19.
- Sulz, S. K. D. & Hebing, M. (2007). *Evaluation: Veränderung der Überlebensregel*. Unveröffentlichter Fragebogen.

- Sulz, S.K.D., Sichort-Hebing, M. & Jänsch, P. (2015a). *Psychotherapiekarten für die Praxis – Angst & Zwang. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Sichort-Hebing, M. & Jänsch, P. (2015b). *PKP – Angst & Zwang. Therapiekarten*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D., Hörmann, W., Hiller, M. & Zaudig, M. (2002). Strukturierte Befunderhebung und Syndromdiagnose in der psychotherapeutischen Praxis. *Psychotherapie*, 7, 6-16.
- Sulz, S. K. D., Hummel, C., Jänsch, P. & Holzer, S. (2011). Standardisierte Erhebung des psychischen Befundes und Bestimmung der ICD-10-Diagnose: Vergleich von SKID-I und VDS-14-Befund-Interview. *Psychotherapie*, 16, 215-236.
- Sulz, S. K. D. & Lenz, G. (2000). *Von der Kognition zur Emotion: Psychotherapie mit Gefühlen*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Sulz, J. (2005). *Emotionen: Gefühle erkennen, verstehen und handhaben*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. & Theßen, L. (1999). Entwicklung und Persönlichkeit: Die VDS-Entwicklungsskalen zur Diagnose der emotionalen und Beziehungsentwicklung. *Psychotherapie*, 4, 31-44.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.
- Watzlawick, P. (2010). *Die erfundene Wirklichkeit*. München: Piper.
- Weinberger, J. (1995). Common Factors Aren't So Common: The Common Factors Dilemma. *Clinical Psychology Science and Practice*, 2, 45-69.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford.
- Westen, D. (2015). Was wirkt in der Praxis der psychotherapeutischen Patientenversorgung? Auf dem Weg zu einer echten Partnerschaft zwischen Psychotherapeuten und Wissenschaftlern. In S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie* (S. 44-52). München: CIP-Medien.
- WHO. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Genf: World Health Organization.
- Wilken, B. (2018). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H.-U. et al. (2011). Size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 51*. Berlin: Robert Koch-Institut.

- Wittchen, H.-U., Müller, N., Schmitzkunz, B., Winter, S. & Pfister, H. (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“. *Fortschritte der Medizin*, 118, 4-10.
- Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (1996). *DIA-X Diagnostisches Expertensystem für ICD-10 und DSM-IV*. Frankfurt: Swets.
- Wittchen, H.-U., & Semmler, G. (1991). *Composite International Diagnostic Interview – CIDI. Interviewheft*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse-I (SKID-I)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *VEV: Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens*. Göttingen: Hogrefe.

Anhang

Anhang 1: VDS90 – Symptomliste

VDS90-Symptomliste (Autor S. Sulz) **Name, Vorname:** **Datum:**

0 = nicht 1 = leicht 2 = mittel 3 = stark/schwer ausgeprägt **In den letzten 7 Tagen ging es mir so /fühlte/reagierte/dachte ich so:**

1.	0 1 2 3	Ich habe das Gefühl, verfolgt oder beschattet zu werden bzw. dass es Verschwörungen gegen mich gibt – oder dass über mich geredet wird.	
2.	0 1 2 3	Ich habe das Gefühl abgehört zu werden, z.B. mit Strahlen oder anderer Technik.	
3.	0 1 2 3	Radio- oder Fernsehsendungen oder anderes wird extra für mich gemacht, vielleicht, um mir auf diese Weise eine Botschaft zu übermitteln.	
4.	0 1 2 3	Ich bin anhaltend extrem eifersüchtig, ohne daß es nach Ansicht von Menschen, denen ich normalerweise vertraue, einen beweisbaren Anhaltspunkt dafür gibt.	
5.	0 1 2 3	Ich höre Stimmen, obwohl niemand sichtbar ist (z. B. Stimmen, die mein Verhalten kommentieren, miteinander über mich sprechen, mir drohen, mir befehlen, etwas zu tun).	Sc
6.	0 1 2 3	Ich habe den Eindruck, dass mir meine Gedanken von außen entzogen werden oder sich ausbreiten oder laut werden.	
7.	0 1 2 3	Ich habe eine auffallend gute Stimmung wie kaum in meinem Leben, so dass es für meine Umwelt anstrengend ist.	
8.	0 1 2 3	Mir kommen ständig neue Gedanken/Ideen in den Kopf, so daß ich kaum den einen Gedanken zu Ende denken kann.	
9.	0 1 2 3	Ich leiste oder kann so viel wie kaum ein anderer Mensch. Ich bin sehr bedeutend.	
10.	0 1 2 3	Ich fühle mich voller an Energie und Unternehmungsgeist als zu meinen besten Zeiten, meine Energie ist grenzenlos.	Ma
11.	0 1 2 3	Ich bin pausenlos aktiv, fast ruhelos, springe dabei oft zum nächsten Vorhaben, bevor ich das alte beendet habe.	
12.	0 1 2 3	Ich vergesse viel mehr als früher. Ich habe große Gedächtnislücken. Mir fällt es extrem schwer, mich auch an wenige zurückliegende Geschehnisse zu erinnern.	Or
13.	0 1 2 3	Meine Konzentrationsfähigkeit hat deutlich nachgelassen.	
14.	0 1 2 3	Ich fühle mich bedrückt, traurig und niedergeschlagen.	
15.	0 1 2 3	Ich habe die Hoffnung verloren bzw. habe nur wenig Hoffnung.	
16.	0 1 2 3	Ich bin unwert, weniger wert als andere Menschen.	
17.	0 1 2 3	Mich erschöpfen Tätigkeiten des normalen Alltags viel schneller als früher.	
18.	0 1 2 3	Ich habe das Interesse an vielen Dingen verloren.	
19.	0 1 2 3	Ich mache mir wiederholt Vorwürfe, mich quälen diese Vorwürfe.	
20.	0 1 2 3	Ich habe das Gefühl, mich schuldig gemacht zu haben.	
21.	0 1 2 3	Ich fühle mich innerlich unruhig.	
22.	0 1 2 3	Mein Denken geht langsamer und schwerer voran als früher.	
23.	0 1 2 3	Ich habe Angst davor, was die Zukunft bringen wird bzw. daß ich alles nicht schaffen werde.	
24.	0 1 2 3	Meine Stimmung ist zu bestimmten Tageszeiten schlechter (z.B. morgens oder abends).	
25.	0 1 2 3	Ich denke daran, mir das Leben zu nehmen.	De
26.	0 1 2 3	Ich habe manchmal konkret vor, mir das Leben zu nehmen.	
27.	0 1 2 3	Ich habe plötzliche Angstattacken, unabhängig von einer spezifischen Situation, ist nicht vorhersehbar, unabhängig von körperlicher oder psychischer Anstrengung oder von bedrohlichen oder gefährlichen Situationen.	
28.	0 1 2 3	Ich habe Angst in Menschenmengen, wenn viele Menschen versammelt sind oder auf öffentlichen Plätzen oder großen weiten Plätzen.	
29.	0 1 2 3	Ich habe Angst vor Reisen, die mich weit von zu Hause wegführen.	
30.	0 1 2 3	Ich habe Angst in engen, umschlossenen Räumen oder Situationen, aus denen Flucht nicht sofort möglich ist (U-Bahn, Tunnel, Warteschlange, Brücken, Türme).	
31.	0 1 2 3	Ich habe Angst, in öffentlichen Situationen zu essen oder zu sprechen, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen.	
32.	0 1 2 3	Ich habe Angst, mich peinlich zu verhalten, mich lächerlich zu machen oder kritisiert zu werden, zu erröten.	
33.	0 1 2 3	Ich habe Angst vor bestimmten Tieren wie Hunde, Katzen, Pferde, Vögel, Insekten, Schlangen oder anderen, vor Naturgewalten wie Donner, blitz, Sturm, Wasser, vor Blut, Spritzen, Injektionen, Verletzungen	
34.	0 1 2 3	Ich habe Angst in einer ganz spezifischen Situation wie Fliegen, Lift, Tunnel, Turm, hohe ausgesetzte Orte wie Balkon, Aussichtspunkt oder ähnlichem.	
35.	0 1 2 3	Ich habe Angst, daß ich die Kontrolle über mich verliere oder ohnmächtig werde oder verrückt werde.	An
36.	0 1 2 3	Ich vermeide so oft es geht Angstsituationen.	
37.	0 1 2 3	Ich fühle mich unwirklich, fremd, kein Mensch.	
38.	0 1 2 3	Mir erscheint die alltägliche Umwelt unwirklich, fremd, entfernt.	
39.	0 1 2 3	Ich bin mißtrauisch, entdecke gegen mich gerichtete Äußerungen oder Handlungen schnell.	
40.	0 1 2 3	Ich habe zu Menschen und Ereignissen meist eine sehr geteilte Einstellung, ohne mich für die eine oder andere Seite entscheiden zu können.	
41.	0 1 2 3	Ich habe ein quälendes Gefühl der Erschöpfung bzw. Müdigkeit nach geringer geistiger oder körperlicher Anstrengung.	
42.	0 1 2 3	Ich habe Schlafstörungen (Einschlaf-, Durchschlafstörung oder frühes Erwachen).	
43.	0 1 2 3	Ich leide unter nächtliche Panikerwachen mit heftigen Bewegungen und Erregung bzw. leide unter Alpträumen	
44.	0 1 2 3	Ich habe immer in der gleichen Reihenfolge ablaufende ritualhafte Reaktionsabläufe.	
45.	0 1 2 3	Ich habe Verhaltensstörungen, wie drangvoll-zwanghaftes Stehen, Spielen, Zündeln, Haare ausreißen, Kratzen, Ausquetschen der Talgdrüsen.	
46.	0 1 2 3	Ich mache unwillkürliche Bewegungen oder Zuckungen mit einem Körperteil, ohne es zu wollen oder beeinflussen zu können (motorischer Tic).	
47.	0 1 2 3	Ich habe Sprechstörungen in der Form von Stottern oder Poltern.	

→ BITTE WENDEN →

48.	0 1 2 3	Ich reagiere gereizter, wütender, zorniger, sarkastischer als früher.	
49.	0 1 2 3	Ich kann Wut/Aggression nicht kontrollieren (aggressive Ausbrüche, Handgreiflichkeit).	Ag
50.	0 1 2 3	Ich verletze mich in letzter Zeit fahrlässig oder absichtlich selbst.	
51.	0 1 2 3	Ich suche weniger nach sexuellen Reizen, denke weniger an Sexualität, habe weniger Interesse an Geschlechtsverkehr.	Sx
52.	0 1 2 3	Ich habe Angst vor Sexualität, Abneigung gegen sex. Aktivität	
53.	0 1 2 3	Ich leide unter Zwangsgedanken, zwanghaftes Grübeln - immer über die gleichen Dinge nachdenken müssen	Zw
54.	0 1 2 3	Ich leide unter Zwangsimpulse (unanständiges, aggressives tun müssen bzw. fürchten, es zu tun)	
55.	0 1 2 3	Ich leide unter Zwangshandlungen (Ordnen, Waschen oder Putzen/Reinigen, Kontrollieren, als magisches Wiederholen/Zählen (nicht als mehrfaches Kontrollieren, sondern z.B. damit nichts schlimmes geschieht)	
56.	0 1 2 3	Ich trinke sehr oft oder regelmäßig mehr Alkohol oder über längere Zeit als beabsichtigt.	Al
57.	0 1 2 3	Ich bin meinem Verlangen nach Alkohol ausgeliefert, muß einfach trinken, kann nur sehr schwer mit dem Trinken aufhören, eigentlich erst, wenn ich mein Pensum habe	
58.	0 1 2 3	Wenn ich zu lange nichts getrunken habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen, die sich rasch wieder durch Einnahme von Alkohol verbessern.	
59.	0 1 2 3	Ich nehme häufig oder regelmäßig ohne ärztliche Verschreibung Suchtmittel ein (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel, Anxiolytika, Cannabis: Haschisch, Marihuana, THC, Amphetamine, Ritalin, Speed, Ice oder andere Stimulantien, Heroin, Morphin, Opium, Codein, Percodan, Methadon, Demerol, Kokain (Speedball, Crack, Freebase), Halluzinogene wie LSD, Psilocybin, Meskalin, Ecstasy, PCP, Angel Dust, andere, z.B. Lachgas, Poppers, Appetitzügler, Inhalantien, Steroide).	Su
60.	0 1 2 3	Ich bin meinem Verlangen nach dem Suchtmittel ausgeliefert, muß es einfach nehmen, bin abhängig davon.	
61.	0 1 2 3	Wenn ich zu lange mein Suchtmittel nicht genommen habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen, die sich rasch wieder durch Einnahme des Suchtmittels verbessern.	
62.	0 1 2 3	Ich leide unter Gier nach Essen.	
63.	0 1 2 3	Ich faste so sehr, dass ich in den letzten acht Wochen 2 Kg oder mehr abgenommen habe.	
64.	0 1 2 3	Ich leide unter Freßanfällen.	
65.	0 1 2 3	Ich führe häufig absichtlich Erbrechen herbei.	
66.	0 1 2 3	Ich halte streng kalorienarme Diät.	
67.	0 1 2 3	Ich sehe im Spiegel meinen Körper zu dick, obwohl ich nach Tabelle Untergewicht oder Idealgewicht habe.	
68.	0 1 2 3	Ich habe große Angst vor Gewichtszunahme.	Es
69.	0 1 2 3	Ich leide unter Gedankenkreisen um Essen.	
70.	0 1 2 3	Ich leide unter Kopfschmerzen (Spannungskopfschmerz, Migräne oder andere).	Sm
71.	0 1 2 3	Ich leide unter chronischen oder häufigen Schmerzen in anderen Körperbereichen und nehme Schmerzmittel	
72.	0 1 2 3	Ich habe immer wieder körperliche Beschwerden, die mich sehr beeinträchtigen und beunruhigen, so dass ich häufig zum Arzt gehe, während bei medizinischen Untersuchungen keine bedeutsame Krankheit gefunden wird.	
73.	0 1 2 3	Ich leide unter Schweißausbrüche (heiß oder kalt) oder Mundtrockenheit oder Hitzewallungen.	
74.	0 1 2 3	Ich leide unter außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung	
75.	0 1 2 3	Ich leide unter Hautbeschwerden wie Rötungen, Flecken, Jucken, Brennen, empfindliche Haut, Farbänderungen, Kribbelgefühl, Taubheit der Haut	
76.	0 1 2 3	Ich habe Herz-Kreislauf-Beschwerden wie verstärkte Herzschläge, Schmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend, spürbarem Herzklopfen, Schwindel, Benommenheit.	
77.	0 1 2 3	Ich habe Beschwerden im Bereich der Atmungsorgane wie Atemnot ohne körperliche Anstrengung, Erkältungserscheinungen ohne Erkältung, übermäßiges Atmen.	
78.	0 1 2 3	Ich habe Beschwerden im Magen-Darmbereich wie Übelkeit, Erbrechen, Bauchweh, Blähungen, Völlegefühl, häufiger Stuhlgang, Durchfall, Speisunverträglichkeit, Verstopfung, Luftschlucken, Druckgefühl oder brennendes Gefühl im Oberbauch, Aufstoßen, Wiederaufsteigen von Speisen.	
79.	0 1 2 3	Ich leide unter unangenehmen Empfindungen oder Brennen der Genitalorgane, Schmerzen oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen, häufigem Harndrang	
80.	0 1 2 3	Ich leide unter starken gynäkologischen Beschwerden wie starke Regelblutungen, schmerzhafte bzw. unregelmäßige Menstruation, Schmerz beim Geschlechtsverkehr, ungewöhnlicher oder verstärkter Vaginalausfluss)	
81.	0 1 2 3	Ich leide unter Knochen- oder Gelenkbeschwerden mit Einschränkung der Beweglichkeit	So
82.	0 1 2 3	Ich habe Muskelverspannungen oder Muskelschmerzen.	
83.	0 1 2 3	Ich leide unter Verminderung der Muskelkraft oder Lähmungen, für die keine organische Ursache gefunden wurde	
84.	0 1 2 3	Ich leide unter Störungen der Sinnesorgane (Sehvermögen, Hörvermögen, Gleichgewichtsstörungen)	
85.	0 1 2 3	Ich leide unter Verlust wichtiger Funktionen (Schluckbeschwerden, Berührungs-, Temperatur- oder Schmerzsinns, Taubheit, Verlust der Stimme, Flüsterstimme, Ohnmachtszuständen, psychogenen Krampfanfällen, Harnverhaltung)	
86.	0 1 2 3	Bei mir kommt es zu zielgerichtetem Weggehen, ohne dass ich mich später daran erinnern kann.	Di
87.	0 1 2 3	Es passiert mir, dass ich zu verschiedenen Zeitpunkten ganz verschiedene Persönlichkeiten bin, die eventuell völlig andere Charaktere haben, evtl. auch andere Stimme und andere Art, sich zu bewegen haben.	
88.	0 1 2 3	Es geschieht immer wieder, dass ich Beschwerden haben, die mir große Angst vor einer schweren Krankheit machen, medizinische Untersuchungen machen lassen, Ärzte nichts finden und die Symptome allmählich wieder nachlassen.	
89.	0 1 2 3	Ich leide unter einem Schönheitsfehler, der mich sehr quält, obwohl andere das nicht bestätigen können.	
90.	0 1 2 3	Ich habe ein schreckliches Erlebnis hinter mir (Überfall, Unfall, Naturkatastrophe o. ä.) und einige Zeit später begannen Symptome wie Schreckhaftigkeit, einschließende bildliche Erinnerungen, sich wiederholende Träume, die mich bis heute verfolgen.	

Danke für Ihre Zeit und Mühe! © CIP-Medien

www.cip-medien.com

Stand 208.2008

Anhang 2: VDS14 – Psychischer Befund

VDS14-Psychischer Befund

Autoren: S. Sulz, W. Hiller, M. Zaudig © CIP-Medien 2009

Anleitung:

VDS14-Syndrom: Die Symptome werden in 16 Symptomgruppen eingeordnet. Aus jeder dieser Symptomgruppen kann sich als Befund das Vorhandensein eines Syndroms ergeben. Am Ende jeder Symptomgruppe befindet sich deshalb eine abschließende Frage nach dem Vorhandensein des entsprechenden Syndroms.

Zu Beginn jeder Symptomgruppe wird eine Startfrage gestellt, die sinngemäß vorformuliert ist. Ergeben sich aus deren Beantwortung keine Hinweise auf das betreffende Syndrom, so kann zur nächsten Symptomgruppe weiter gegangen werden und die Startfrage zu dieser Symptomgruppe gestellt werden etc.

Symptome: Dabei reicht nicht die Ja-Antwort des Patienten, damit der Untersucher das Vorhandensein des Symptoms bejaht. Erst wenn der Untersucher sich vom Patienten seine Beschwerden durch Nachfragen beschreiben ließ und der Untersucher aufgrund dieser Beschreibung zum Urteil kommt, dass das Symptom vorhanden ist, bejaht er die Frage im VDS-Befund (durch einen Kreis um das „ja“).

Wenn Sie über diese einfache und schnelle Befunderhebung hinaus auch

die Sicherheit des Vorhandenseins 9=unklar
oder den Schweregrad 0 = nicht vorhanden
 1 = leicht ausgeprägt
 2 = mittel ausgeprägt
 3 = stark ausgeprägt

beurteilen wollen, so können Sie die entsprechende Zahl in die Klammer hinter dem nein / ja eintragen. Diese Vorgehensweise hat den Vorteil, dass Änderungen im Verlauf der Behandlung besser erfaßt werden können. Oft ist das Symptom nach der Behandlung nicht völlig verschwunden, aber deutlich reduziert., z.B. von stark (3) auf leicht (1) ausgeprägt. Durch Zusammenzählen der Zahlen können Sie auf diese Weise auch die Ausprägung eines Syndroms differenzierter festhalten.

Einige Symptome können nicht erfragt werden, sondern müssen aus dem Verhalten oder den Angaben des Patienten erschlossen werden. Diese Symptome sind durch das Wort „Arzt“ gekennzeichnet, z.B.:

2. zerfahren Arzt: Pat. äußert Gedankenbruchstücke, nein / ja: 9 0 1 2 3

Das Vorliegen eines spezifischen Syndroms kann allerdings nicht aus der Zahl der Ja-Antworten des Untersuchers geschlossen werden. Es ist nur dann sinnvoll, das Vorhandensein eines Syndroms zu diagnostizieren, wenn es sich um eines der wenigen Syndrome handelt, deretwegen der Patient zur Untersuchung oder zur Behandlung kommt bzw. wenn es Ausdruck einer seit längerem bekannten oder vorhandenen eigenen Erkrankung ist.

Der zeitliche Beginn des Syndroms (ohne Exploration der Auslösesituation) kann meist hier schon festgelegt werden.

Einige Syndrome sind häufig sekundär (d.h. zeitlich eindeutig später als das primäre) - z.B. ein depressives Syndrom oder Alkoholmissbrauch bei einer chron. Angststörung. Dies sollte bereits hier vermerkt werden. Spätere Mehrfachdiagnosen verschleiern sonst wieder die Pathogenese.

1-Syndrom psychotisches Syndrom

Starfrage: Ich werde Ihnen einige Fragen stellen, die Ihnen ungewöhnlich vorkommen, aber wir stellen sie allen Patienten routinemäßig. Kam es in den zurück liegenden Wochen zu Ereignissen, deren Wahrnehmung Sie sehr beunruhigte und die Sie sehr ungewöhnlich empfanden, während andere Menschen glaubten, dass Sie sich täuschen bzw. dass es so etwas nicht gibt? Haben Sie z.B. eine Stimme gehört oder Leute gesehen oder haben sie irgendwelche Erscheinungen gehabt, die andere nicht wahrnehmen konnten? Haben Sie sich verfolgt oder beobachtet gefühlt? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie einige Beispiele.

Nachfrage (obligat): Hatten Sie solche Erlebnisse oder Symptome früher? (ggfalls.rechts neben der Tab. eintragen)

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Wahn	Glauben Sie, dass viele oder manche Leute über Sie reden oder Sie gezielt beobachten oder Ihnen versteckte Botschaften zukommen lassen? () Haben Sie das Gefühl, verfolgt oder beschattet zu werden, bestehen Verschwörungen gegen Sie? () Haben Sie das Gefühl abgehört zu werden, z.B. mit Strahlen oder anderer Technik? () Haben Sie Angst, vergiftet zu werden? () Werden Radio- oder Fernsehsendungen oder anderes extra für Sie gemacht, vielleicht, um Ihnen auf diese Weise eine Botschaft zu übermitteln? () Sind Sie anhaltend extrem eifersüchtig, ohne dass es nach Ansicht Ihres Partners einen beweisbaren Anhaltspunkt dafür gibt? () Haben Sie das Gefühl, dass über Sie geredet wird? () Haben Sie das Gefühl, dass zwischen Ihnen und einem anderen Menschen, mit dem Sie bisher nur wenig zu tun hatten, eine große Liebe besteht? () Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr Körper oder etwas in Ihrem Körper auf eine ganz außergewöhnliche Weise verändert hat? (Hinweise: Unterscheide Körper-Wahn von Körper-Halluzinationen!) () Gibt es eine wichtige Überzeugung, die Sie in letzter Zeit beherrscht hat? Welche? (z.B. religiöser Inhalt)	(0..1..2..3)
2	Gefühl d. Gemachten	Werden Ihre Gedanken oder Handlungen von jemand anderem gemacht und in Sie hineingebracht? Wenn ja, beschreiben Sie es:	(0..1..2..3)
3	Wahrnehmung	Beobachten Sie oder nehmen Sie Dinge wahr, die extra für Sie so sind oder ein Zeichen sein sollen? Wenn ja, beschreiben Sie es:	(0..1..2..3)
4	Zerfahrenes Denken, assoziative Lockerung	Beobachter: Pat. äußert durchgängig Gedankenbruchstücke, Satzfolgen ohne Zusammenhang	(0..1..2..3)
5	Neologismen	Beobachter: Der Pat. verwendet frei erfundene Begriffe, die für den Außenstehenden unverständlich bleiben	(0..1..2..3)
6	Manirismen	Beobachter: Pat. macht Bewegungen, Gesten, Gesichtsausdruck auffällig bizarr, maniert, (KEINE extrapyramidalen Bewegungsmuster)	(0..1..2..3)
7	Coenästhesien	Haben Sie in Ihrem Körper merkwürdige Erlebnisse? (Hinweis: bizarres Körpererleben, z.B. Frieren des Darmes)	(0..1..2..3)
8	Stimmen hören	Hören Sie Stimmen von Menschen, die nicht anwesend oder sichtbar sind? () Die Stimmen kommentieren mein Verhalten () Die Stimmen sprechen miteinander über mich () Die Stimmen kommen aus einem Teil meines Körpers () Die Stimmen drohen mir () Die Stimmen befehlen mir, etwas zu tun	(0..1..2..3)
9	Inadäquat. Affekt	Beobachter: Der Pat. zeigt z.B. deutlich frohen Affekt (Lachen, Grinsen) bei eher betroffen oder traurig machenden Inhalten	(0..1..2..3)
10	flacher Affekt	Beobachter: Die geäußerten Gefühlsreaktionen sind extrem geringer als zu erwarten, es fehlen emotionale Schwingungen fast völlig	(0..1..2..3)

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

11	Sonstige Halluzinationen	Hören oder sehen Sie äußere Dinge/Ereignisse, die andere nicht wahrnehmen können ?	(0..1..2..3)
		() Hören Sie Dinge oder Geschmisse, die andere Menschen evtl. nicht wahrnehmen können? Wenn ja, beschreiben Sie diese kurz!	
		() Sehen Sie Dinge oder Geschmisse, die andere Menschen evtl. nicht wahrnehmen können? Wenn ja, beschreiben Sie diese kurz!	
		() Riechen Sie Dinge oder Geschmisse, die andere Menschen nicht wahrnehmen können? Wenn ja, beschreiben Sie diese kurz!	
		() Schmecken Sie Dinge oder Geschmisse, die andere Menschen evtl. nicht wahrnehmen können? Wenn ja, beschreiben Sie diese kurz!	
		() Spüren Sie äußere Dinge oder Vorgänge auf der Haut, die andere Menschen evtl. nicht wahrnehmen können? Wenn ja, auf welche Weise. Beschreiben Sie diese kurz!	
		() Nehmen Sie in Ihrem Körper etwas wahr, das Ihnen sehr außergewöhnlich erscheint? (z.B. Schrumpfen des Gehirns)	
12	katatone Bewegungsstörung	Sind Arme und Beine manchmal willentlich schwer bewegbar?	(0..1..2..3)
		() Negativismus: Pat. macht ständig die gegenteilige Bewegung dessen, wozu er aufgefordert wird	
		() Haltungsstereotypie, z.B. flexibilitas cerea: Pat. hält eine Extremität sehr lange biegsam unbeweglich in einer Haltung	
		() Mutismus: Obwohl der Pat. alles hört und versteht, spricht er nicht, gibt auch nicht durch Mimik Antwort	
		() Erregungszustand: Pat. ist motorisch ungezielt sehr erregt	
		() Echolalie: spricht alles nach	
		() Echopraxie: macht Bewegungen des Gegenübers nach	
		() Rigidität: bei passiver Bewegung erfolgt von Seiten des Pat. ein unwillkürliches Dagegenhalten	
		() Stupor: Pat. verharrt evtl. stundenlang in völliger Bewegungslosigkeit	
		() Befehlsautomatismus: Pat. führt jede Handlung, um die man ihn bittet, sofort wie ein Automat aus	
13	Gedankenentzug	Haben Sie das Erlebnis, dass Ihre Gedanken plötzlich weg sind, als ob Sie Ihnen jemand entzogen hätte ?	(0..1..2..3)
14	Gedankenabreißen	Beobachter: Der Pat. bricht plötzlich mitten im Satz ab, als ob sein Gedankengang gesperrt, abgerissen sei. Auf Nachfrage beschreibt er es als Abreißen des Gedankens.	(0..1..2..3)
		() einfaches Gedankenabreißen	
		() mitten im Gedanken schiebt sich ein anderer Gedanke rein	
15	Gedankenausbreitung	Haben Sie das Erlebnis, dass sich Ihre Gedanken ausbreiten, so dass andere Menschen wissen, was Sie denken ?	(0..1..2..3)
16	Gedankeneingebung	Haben Sie das Erlebnis, dass Ihnen Gedanken von außen eingegeben werden, als ob es nicht Ihre eigenen sondern andere Gedanken waren?	(0..1..2..3)
17	Gedankenlautwerden	Kommt es vor, dass Sie Ihre Gedanken von außen hören können?	(0..1..2..3)

Ergebnis:

Es besteht derzeit ein (schizophren-)psychotisches Syndrom **nein/ja**

(0..1..2..3)

- () paranoid-halluzinatorische Syndrom
- () hebephrenes Syndrom
- () katatones Syndrom
- () Residualsyndrom (setzt frühere akute schizophr. Psychose voraus)
- () schizoaffektives Syndrom

Genauere fallspezifische Bezeichnung:

Es bestand früher ein psychotisches Syndrom (Lifetime-Diagnose) **nein/ja**

(0..1..2..3)

2-Syndrom manisches Syndrom

Startfrage: Hat sich in letzter Zeit Ihre Stimmung anhaltend verbessert oder sind Sie öfter gereizt? Sind Sie viel aktiver geworden? Beschreiben Sie dies kurz.

Nachfrage (obligat): Gabe es früher Zeiten, in denen Sie auffallend gut gestimmt, tatensfreudig, selbstbewusst waren?

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	expansive Stimmung	Beobachter: Der Pat. ist inadäquatem Ausmaß unkritisch und ständig begeistert von beruflichen, zwischenmenschlichen, auch sexuellen Interaktionen	(0..1..2..3)
2	gehobene Stimmung	Sind Sie übermäßig gut gelaunt, übermäßig froh gestimmt, voller Euphorie?	(0..1..2..3)
3	Reizbare Stimmung	Fühlen Sie sich durchgängig sehr gereizt verstimmt? Müssen sich andere vor Ihnen in acht nehmen?	(0..1..2..3)
4	Ideenflucht und Gedankenjagen	Kommen Ihnen ständig neue Gedanken/Ideen in den Kopf, so dass Sie kaum den einen Gedanken zu Ende denken können? Rasen Ihnen Gedanken so schnell durch den Kopf, dass Sie kaum nachkommen können?	(0..1..2..3)
5	gesteigertes Selbstwertgefühl	Haben Sie das Gefühl, außergewöhnlich wert zu sein, Wertschätzung zu verdienen?	(0..1..2..3)
6	Größenideen, Größenwahn	Können oder leisten Sie so viel wie kaum ein anderer Mensch? Sind Sie sehr bedeutend? Haben Sie ungewöhnlich große Fähigkeiten, evtl. übermenschliche Kräfte? () Es handelt sich um Größenideen, die aber (noch) zu keiner unbeirraren Gewißheit geworden sind () Es handelt sich um Größenwahn, d.h. um eine unkorrigierbare Überzeugung, an der unbeirrbar festgehalten wird	(0..1..2..3)
7	Logorrhoe/Rededrang	Sprechen Sie viel mehr als früher und als andere Menschen? Sprechen Sie in einem fort? () Sind Sie einfach viel gesprächiger geworden? Sprechen Sie viel mehr als früher? () Sprechen Sie in einem fort? (Rededrang, Logorrhoe)	(0..1..2..3)
8	Antriebssteigerung	Fühlen Sie sich viel voller an Energie und Unternehmungsgeist als früher?	(0..1..2..3)
9	Überaktivität	Sind Sie pausenlos aktiv, fast ruhelos, springen dabei oft zum nächsten Vorhaben?	(0..1..2..3)
10	übermäßige Sozialkontakte	Sind Sie viel geselliger geworden?	(0..1..2..3)
11	gesteigert. sex. Interesse	Ist Ihr sexuelles Interesse in letzter Zeit enorm angewachsen? Führt dies dazu, dass Sie wesentlich mehr sexuelle Kontakte haben?	(0..1..2..3)
12	verminderte Schlafbedürfnisse	Brauchen Sie jetzt viel weniger Schlaf als früher? z.B. nur noch 3 Stunden	(0..1..2..3)
13	expansiv/riskantes Verhalten	Haben Sie in letzter Zeit unverhältnismäßig mehr Geld ausgegeben/ Einkäufe gemacht als früher üblich? Sind dadurch Schulden oder riskante Situationen entstanden?	(0..1..2..3)
14	starke Ablenkbarkeit	Konzentrieren Sie sich nicht lang auf eine Sache, springen Sie schnell zur nächsten?	(0..1..2..3)
15	Distanzlosigkeit	Beobachter: Pat. überschreitet distanzlos die Grenzen sozialen Takts	(0..1..2..3)
16	geschärftes oder kreativeres Denken	Ist Ihr Denken außergewöhnlich geschärft oder kreativ geworden?	(0..1..2..3)

Ergebnis:

Es besteht ein manisches Syndrom.

Nein / Ja (0..1..2..3)

- () Hypomanie
 () Manie mit synthymen psychot. Symptomen
 () Manie mit parathymen psychot. Symptomen
 () Manie mit schizoprenen. Symptomen (schizoaffektiv)

Es bestand früher ein manisches Syndrom (Lifetime-Diagnose)

Nein / Ja (0..1..2..3)

3-Syndrom: dementielles Syndrom/leichtere kognitive Störungen

Startfrage: Haben Sie in letzter Zeit große Probleme mit Ihrem Gedächtnis oder mit Ihrer Orientierung?
Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele. (Fremdanamnese !)

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Gedächtnisstörungen	Vergessen Sie viel mehr als früher? Haben Sie große Gedächtnislücken? Fällt es Ihnen extrem schwer, sich auch an wenige zurückliegende Geschehnisse zu erinnern?	(0..1..2..3)
2	Kurzzeitgedächtnis	Ich sage Ihnen jetzt 3 Begriffe. Ich bitte Sie diese 3 Begriffe zu merken. Ich werde Sie in 5-10 Minuten danach fragen. Die 3 Begriffe sind: Apfel - Tisch - Pfennig.	(0..1..2..3)
3	Immediatgedächtnis	Beobachter: z.B. 368491 nachsprechen oder 2710843. (Ankreuzen bei Störung)	(0..1..2..3)
4	Langzeitgedächtnis	Beobachter: z.B. Wann haben Sie geheiratet? Wann haben Sie bei Ihrer jetzigen/letzten Arbeitsstelle angefangen/aufgehört (Ankreuzen bei Störung)	(0..1..2..3)
5	Orientierungsstörungen	Beobachter: Wo sind Sie hier? Welches Jahr/welcher Monat, Tag ist heute? Wer bin ich? Ihr Alter? (Ankreuzen bei Störung)	(0..1..2..3)
		() die zeitl. Orientierung ist gestört (Datum)	
		() die örtliche Orientierung ist gestört (Wo sind Sie hier?)	
		() die situative Orientierung ist gestört (die Bedeutung der gegenwärtigen Situation)	
		wir in ihrem Sinn nicht erfaßt Um was geht es hier?	
		() die Orientierung zur eigenen Person ist gestört (Name, Alter, Geburtsdatum,	
		Beruf, Ehestand, Zahl der Kinder, Wohnungsadresse)	
6	Einfluß auf psych. Funktionen i. Alltag	Beobachter: Fremdanamnese: Sind die Gedächtnisstörungen so schwer, dass die im Alltag erforderlichen psychischen Funktionen erheblich beeinträchtigt sind?	(0..1..2..3)
7	Auffassungsstörungen	Beobachter: Verstehen der Pat. sehr oft nicht (obwohl es akustisch gut zu hören war), was man ihm sagt? Nur ankreuzen, falls Frage 6 bejaht wurde, also ein dementielles Syndrom vorhanden ist!	(0..1..2..3)
8	Konzentrationsstörungen	Hat Ihre Konzentrationsfähigkeit deutlich nachgelassen? Nur ankreuzen, falls Frage 6 bejaht wurde, also ein dementielles Syndrom vorhanden ist!	(0..1..2..3)
9	Affektstarrheit	Bleiben Sie sehr lange an einem Gefühl hängen, kommen schwer wieder davon weg? Nur ankreuzen, falls Frage 6 bejaht wurde, also ein dementielles Syndrom vorhanden ist!	(0..1..2..3)
10	Affektinkontinenz	Beobachter: Geringe Anlässe führen zu überschießenden oder einschießenden Gefühle, die der Pat. nicht beherrschen kann. Nur ankreuzen, falls Frage 6 bejaht wurde (dementielles Syndrom besteht)!	(0..1..2..3)
11	Reizbarkeit	Beobachter: Geringe Anlässe führen beim Pat. zu einer gereizten Reaktion in Mimik, Gestik, Tonfall, Wortlaut oder Handeln. Nur ankreuzen, falls Frage 6 bejaht wurde (dementielles Syndrom besteht)!	(0..1..2..3)
12	Apathie	Beobachter: Der Pat. wirkt apathisch, lethargisch. Nur ankreuzen, falls Frage 6 bejaht wurde (dementielles Syndrom besteht)!	(0..1..2..3)
13	Vergrößerung d. Sozialverhaltens	Beobachter: Der Pat. wirkt in seinem Sozialverhalten vergrößert. Nur ankreuzen, falls Frage 6 bejaht wurde (dementielles Syndrom besteht)!	(0..1..2..3)

Ergebnis:

Es besteht ein dementielles Syndrom/leichte kognitive Störungen **Nein / Ja (0..1..2..3)**

Hinweis: Viele Menschen fühlen sich nicht leistungsfähig, haben aber kein dementielles Syndrom. Nur die Angaben des Beobachters zählen!

4-Syndrom: delirantes Syndrom

Startfrage: Beobachter: Befindet sich der Pat. in letzter Zeit in ungewöhnlich veränderten Bewußtseinszuständen? (Fremdanamnese!) Wirkt er während der Befunderhebung schwer ansprechbar, abwesend?

unklar 9 nicht vorhanden 0
leicht ausgeprägt 1 mittel ausgeprägt 2 stark ausgeprägt 3

1	Bewußtseinsstörungen	Beobachter: Der Pat. wirkt schwer ansprechbar, abwesend. Hinweis: Weitergehen zum nächsten Syndrom, falls diese Frage verneint wird.	(0..1..2..3)
2	Benommenheit	Beobachter: Der Pat. wirkt nicht bewußtseinsklar, schläfrig.	(0..1..2..3)
3	Konfabulationen	Beobachter: Der Pat. füllt Gedächtnislücken durch erfundene Antworten aus. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
4	Affektinkontinenz	Beobachter: Geringe Anlässe führen zu überschießenden oder einschließenden Gefühle, die der Pat. nicht beherrschen kann. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
5	Immediat- und Kurzzeitgedächtnis	Der Pat. kann unmittelbar Aufgenommenes nicht wiedergeben (Immediatgedächtnis) bzw. hat ein beeinträchtigtes Kurzzeitgedächtnis. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
6	Perseverationen	Beobachter: Der Pat. bleibt bei einer Aussage hängen, wiederholt sie mehrfach. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
7	Antriebsarmut	Beobachter Der Pat. wirkt verlangsamt () Pat. zeigt verlängerte Reaktionszeit () Pat. zeigt verminderten Redefluß () Pat. zeigt verminderte Aktivität	(0..1..2..3)
8	Antriebssteigerung	Beobachter: Der Pat. wirkt antriebsgesteigert () Pat. zeigt verkürzte Reaktionszeit () Pat. zeigt vermehrten Redefluß () Pat. zeigt vermehrte Aktivität	(0..1..2..3)
9	Verwirrtheit	Beobachter: Der Pat. wirkt wie im Traum, sich in einer anderen unrealen Situation befindend. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
10	Desorientierung	Beobachter: Der Pat. weiß nicht, wo er ist, wie er hierherkam, wozu er hier ist. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
11	Opt. Halluzinationen	Sehen Sie Dinge, die andere anwesende Menschen nicht sehen können? Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms vorkommend.	(0..1..2..3)
12	Wahn	Beobachter: Der Pat. ist unkorrigierbar von einem objektiv falschen Sachverhalt überzeugt. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
13	Erregung	Beobachter: Der Pat. wirkt in unnachvollziehbarem Ausmaß erregt. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
14	Apathie	Beobachter: Der Pat. wirkt sehr apathisch. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
15	Schreckreaktion	Beobachter: Der Pat. ist auffallend schreckhaft. Hinweis: Nur ankreuzen, falls im Rahmen eines deliranten Syndroms.	(0..1..2..3)
16	Schlaf-Wach-Rhythmus	Beobachter: Der Schlaf-Wach-Rhythmus ist gestört () Es besteht Schlaflosigkeit () Es besteht Schläfrigkeit am Tage, nachts wach () Es besteht eine Umkehrung des Schlaf-Wach-Rhythmus () Es bestehen Alpträume, die in wachem Zustand zu Halluzinationen oder Illusionen werden	(0..1..2..3)

Ergebnis:

Es besteht ein delirantes Syndrom.

Nein / Ja (0..1..2..3)

Hinweis: Kein Psychotherapiepatient erfüllt diese Kriterien, höchstens durch Entzugssymptome bei Alkohol- oder anderer Abhängigkeit.

5-Syndrom: depressives Syndrom

Startfrage: Haben Sie sich in letzter Zeit durchgehend oder öfters niedergeschlagen, bedrückt oder traurig gefühlt, können Sie das kurz beschreiben? Geben Sie einige Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Niedergeschlagenheit	Fühlen Sie sich traurig und niedergeschlagen?	(0..1..2..3)
2	Häufiges Weinen	Müssen Sie sehr häufig weinen?	(0..1..2..3)
3	Hoffnungslosigkeit	Haben Sie sich öfters hoffnungslos gefühlt oder die Hoffnung verloren?	(0..1..2..3)
4	Insuffizienzgefühl	Glauben Sie, dass Sie zu den für Sie wichtigen Tätigkeiten nicht in der Lage sind?	(0..1..2..3)
		() Verlust des Selbstvertrauens, des Selbsteffizienzgefühls	
		() Verlust des Selbstwertgefühls	
5	Selbstabwertung	Haben Sie sich wertloser gefühlt, weniger wert als andere Menschen?	(0..1..2..3)
6	Erschöpfbarkeit	Vielleicht haben Sie sich schneller matt, müde oder erschöpft gefühlt als früher?	(0..1..2..3)
7	Antriebsverlust	Haben Sie weniger Antrieb, fällt es Ihnen schwerer, in die Gänge zu kommen, müssen Sie sich sehr stark überwinden oder aufraffen etwas zu tun?	(0..1..2..3)
8	Verlangsamung, Hemmung	Beobachter: Der Patient ist psychomotorisch verlangsamt, gehemmt	(0..1..2..3)
9	Interessenverlust	Haben Sie das Interesse oder die Freude an vielen Dingen verloren?	(0..1..2..3)
10	sozialer Rückzug	Haben Sie sich zunehmend von anderen Menschen oder von Aktivitäten zurückgezogen?	(0..1..2..3)
11	verminderte Gesprächigkeit	Wurden Sie einsilbiger, fällt es Ihnen schwerer, sich mit anderen zu unterhalten?	(0..1..2..3)
12	Libidoverlust	Haben Sie weniger Spaß oder Verlangen nach Sexualität, oder ist Ihnen das alles egal?	(0..1..2..3)
13	Selbstvorwürfe	Machen Sie sich wiederholt Vorwürfe und quälen Sie diese Vorwürfe?	(0..1..2..3)
14	Schuldgefühle	Haben Sie das Gefühl, etwas falsch gemacht zu haben und deswegen schuldig zu sein?	(0..1..2..3)
15	Innere Unruhe	Fühlen Sie sich innerlich unruhig?	(0..1..2..3)
16	Unruhe, Agitiertheit	Beobachter: Ist der Pat. agitiert, psychomotorisch unruhig?	(0..1..2..3)
17	Jammern	Beobachter: Der Patient wirkt sehr jammern und klagsam.	(0..1..2..3)
18	Verlangsamung, Antriebshemmung	Geht Ihr Denken und Handeln langsamer und schwerer voran als früher? Haben Sie weniger Antrieb, fällt es Ihnen schwerer in die Gänge zu kommen, müssen Sie sich sehr stark überwinden oder aufraffen?	(0..1..2..3)
		() Verlangsamtes Denken	
		() Verlangsamtes Handeln	
		() Antriebshemmung: Komme nicht in Schwung	
19	Grübeln	Grübeln Sie mehr als früher über unangenehme Dinge, so dass Sie sich weniger mit anderen Dingen beschäftigen können?	(0..1..2..3)
20	Schlafstörungen	Welche der angegebenen Schlafstörungen haben Sie?	(0..1..2..3)
		() Einschlafstörungen	
		() Durchschlafstörungen	
		() sehr frühes Aufstehen	
		() vermehrtes Schlafen	
21	Appetit vermindert	Führte Ihre depressive Verstimmung zu einer Appetitverminderung oder -vermehrung ?	(0..1..2..3)
		() Appetitverminderung ohne Gewichtsverlust	
		() Appetitverminderung mit Gewichtsverlust (mehr als 5 % des Körpergewichts im Monat)	
22	Appetit vermehrt	Führte Ihre depressive Verstimmung zu einer Appetitvermehrung ?	(0..1..2..3)
		() Appetitvermehrung ohne Gewichtszunahme	
		() Appetitvermehrung mit Gewichtszunahme (mehr als 5 % des Körpergewichts im Monat)	
23	Zukunftsangst	Haben Sie Angst davor, was die Zukunft bringen wird, bzw. dass Sie alles nicht schaffen werden ?	(0..1..2..3)

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

24	Tagesschwankungen	Ist Ihre Stimmung täglich oder fast täglich zu bestimmten Tageszeiten schlechter (z.B. morgens oder abends)? () morgens schlechtere Stimmung () abends schlechtere Stimmung () zu einer anderen Zeit. Bitte machen Sie nähere Angaben:	(0..1..2..3)
25	Suizid-/Todesgedanken	Denken Sie manchmal daran, tot zu sein oder es wäre besser tot zu sein?	(0..1..2..3)
26	Suizidintendenzen	Haben Sie sich schon mal vorgenommen, sich das Leben zu nehmen?	(0..1..2..3)
27	Suizidversuche	Haben Sie kürzlich versucht, sich das Leben zu nehmen?	(0..1..2..3)
28	Suizidvers. wie?	Beschreiben Sie bitte den Suizidversuch. Was haben Sie konkret getan? (z.B. Einnahme von Schlaftabletten, Aderlaß, etc.)	
29	Konzentrationschwäche	Führt Ihre Verstimmung zu Konzentrationsschwäche?	(0..1..2..3)

Nachfrage zu rezidivierenden depressiven Episoden:

Hatten Sie früher, vor der jetzigen Erkrankung Zeiten, in denen Sie so niedergeschlagen bzw. depressiv waren, dass deswegen Behandlung aufsuchten oder hätten aufsuchen müssen? Beschreiben Sie das kurz.

Nein / Ja

Nachfrage zu bipolarem Verlauf:

Gab es früher umgekehrt Zeiten, in denen Sie auffallend gut gestimmt und sehr unternehmungsfreudig, selbstbewusst waren (auch wenig Schlaf brauchten, schnell denken und sprechen konnten)?

Nein / Ja

Nachfrage zu Dysthymie:

Liegen **mindestens drei** der folgenden **Symptome** vor? (Bitte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| 1. Verminderter Antrieb oder Aktivität | 7. Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung |
| 2. Schlaflosigkeit | 8. Erkennbares Unvermögen mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden |
| 3. Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl der Unzulänglichkeit | 9. Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit |
| 4. Konzentrationsschwierigkeiten | 10. Sozialer Rückzug |
| 5. Neigung zum Weinen | 11. Verminderte Gesprächigkeit |
| 6. Verlust des Interesses oder der Freude an der Sexualität und anderen angenehmen Aktivitäten | |

() JA () NEIN Weiter, falls ja:

Handelt es sich bei den Symptomen **langandauernde oder häufig wiederkehrende** depressive Verstimmung, die dabei nur selten den Schweregrad einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode erreicht?

(Zusammenhängende symptomfreie Episoden von mehreren Tagen oder Wochen sind möglich)

() JA () NEIN Weiter, falls ja:

Liegen die Symptome seit einer Periode von **mindestens zwei Jahren** vor?

() JA () NEIN Weiter, falls ja:

Waren während dieser Zeit nur sehr selten die Kriterien einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode erfüllt, so daß **eine rezidivierende depressive Störung (F33) ausgeschlossen** werden kann?

() JA () NEIN Weiter, falls ja:

Liegen neben der Verstimmung auch **milde** depressive Symptome in den Bereiche **Antrieb, Aktivität und Vitalgefühl** vor? (Häufig sind diese leichter zu erfassen, als die depressive Verstimmung selbst)

() JA () NEIN Weiter, auch wenn diese Frage nicht bejaht wurde:

Ist die Fähigkeit alltäglichen Anforderungen Folge zu leisten **nur geringfügig eingeschränkt**?

() JA () NEIN Weiter, falls ja → **Dysthymia liegt vor**

Ergebnis:

Es besteht ein depressives Syndrom.

Nein / Ja (0..1..2..3)

- () Depression ohne somatische Symptome
- () Depression mit somatischen Symptomen
- () Dysthymie

Verlauf:

- () rezidivierendes depressives Syndrom
- () Depression im Rahmen einer bipolaren Erkrankung

6-Syndrom 6: Angst-Syndrom

Startfrage: Haben Sie plötzlich auftretende Angstanfälle oder anhaltende Angst oder Angst vor bestimmten Situationen, Dingen, Ereignissen? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

unklar **9** nicht vorhanden **0** leicht **1** mittel **2** stark **3**

1	Angst	Haben Sie öfter oder intensiver oder anhaltender als früher Angst? Bitte beschreiben Sie dies:	(0..1..2..3)
2	plötzliche Angstattacken	Haben Sie spontan und plötzlich auftretende Angstattacken ohne erkennbare Auslöser? () Tritt die Angst spontan, unabhängig von einer spezifischen Situation auf, ist nicht vorhersehbar? () Ist die Angst unabhängig von körperlicher oder psychischer Anstrengung oder von bedrohlichen oder gefährlichen Situationen? () Ist die Panikattacke ein einzelner umschriebener, abgrenzbarer Zustand? () Beginnt die Panikattacke abrupt? () Wird die Angst nach weniger Minuten am größten und dauert einige Minuten bis maximal wenige Stunden?	(0..1..2..3)
3	phobische Ängste	Haben Sie Angst in bestimmten Situationen, z.B. Verkehrsmitteln wie U-Bahn, Kaufhäusern, Menschenmengen, Tunnels, Brücken? () Haben Sie Angst in Menschenmengen, wenn viele Menschen versammelt sind? () Haben Sie Angst auf öffentlichen Plätzen oder großen weiten Plätzen? () Haben Sie Angst, alleine zu verreisen? () Haben Sie Angst vor Reisen, die Sie weit von zu Hause wegführen, auch wenn Sie in Begleitung verreisen? () Haben Sie Angst in engen, umschlossenen Räumen oder Situationen, aus denen Flucht nicht sofort möglich ist (U-Bahn, Tunnel, Warteschlange, Brücken, Türme)? () Haben Sie Angst vor Abgründen, Höhenangst? () Vermeiden Sie so oft es geht, diese Situationen (auch evtl. nächster Punkt)? () Gibt es ähnliche, bisher nicht genannte Situationen, in denen Sie Angst haben? Beschreiben Sie dies unten näher:	(0..1..2..3)
4	soziale Angst	Haben Sie Angst vor oder in bestimmten sozialen Situationen wie Einladungen, Besprechungen, Restaurants? Fürchten Sie, dass Sie sich peinlich verhalten, sich lächerlich machen, kritisiert werden? () Haben Sie Angst, in öffentlichen Situationen zu essen oder zu sprechen? () Haben Sie Angst, in diesen Situationen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen? () Fürchten Sie, sich peinlich zu verhalten, sich lächerlich zu machen oder kritisiert zu werden? () Vermeiden Sie, so oft es geht, diese Situationen?	(0..1..2..3)
5	andere spezifische Ängste	Haben Sie Angst vor Hunden, Katzen, Pferden, Spinnen, Schlangen, Messern, Spritzen, Gewitter oder ähnlichem bzw. anderem? () Haben Sie Angst vor bestimmten Tieren wie Hunde, Katzen, Pferde, Vögel, Insekten, Schlangen oder anderen? Welchen? () Haben Sie Angst vor Naturgewalten wie Donner, blitz, Sturm, Wasser? Wovor genau? () Haben sie Angst vor Blut, Spritzen, Injektionen, Verletzungen? Wovor genau? () Haben Sie Angst in einer ganz spezifischen Situation wie Fliegen, Lift, Tunnel, Turm, hohe ausgesetzte Orte wie Balkon, Aussichtspunkt? () Vermeiden Sie, so oft es geht, diese Dinge oder Situationen? () Haben Sie Angst in oder vor anderen nicht genannten spezifischen	(0..1..2..3)

		Objekten? Welchen?	
6	generalisierte Angst	Sind Sie in ständiger Anspannung, Besorgnis, Angst - in und vor allen möglichen alltäglichen Situationen oder Ereignissen?	(0..1..2..3)
7	Angst wovor?	Wenn sie Angst haben, wovor fürchten Sie sich genau ? Dass was genau geschehen könnte ? () Ich habe Angst, dass ich sterbe () Ich habe Angst, dass ich ohnmächtig werde () Ich habe Angst, dass ich die Kontrolle über mich verliere () Ich habe Angst, dass ich verrückt werde () Ich habe Angst, dass ich körperliche Symptome wie Herzrasen bekomme und diese nicht mehr beherrschen kann () Ich habe Angst, dass ich eine unheilbare Krankheit habe () Ich habe Angst, (dass folgendes geschieht, z.B. "mich mit meinem Vorgesetzten zu konfrontieren"):	
8	Schwitzen	Ist Ihre Angst begleitet von Schwitzen oder Hitzewallung? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
9	Atemnot	Ist Ihre Angst begleitet von Atemnot oder Beklemmungsgefühlen? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	((0..1..2..3)
10	Pulsrasen	Ist Ihre Angst begleitet von Pulsrasen oder Herzklopfen oder Herzstolpern? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
11	Brustbeschwerden	Geht Ihre Angst mit Schmerzen oder Missempfinden im Brustkorb einher? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
12	Mundtrockenheit	Ist Ihre Angst begleitet von Mundtrockenheit? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
13	Schwindel	Ist Ihre Angst begleitet von Schwindelgefühlen, Benommenheit, Schwächegefühl oder Unsicherheit? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
14	Harn/Stuhldrang	Ist Ihre Angst begleitet von Harn- oder Stuhldrang? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
15	Übelkeit	Ist Ihre Angst begleitet von Übelkeit oder haben Sie Angst, zu erbrechen? Haben Sie Missempfindungen im Bauch? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
16	kalte Akren/Kälte	Ist Ihre Angst begleitet von kalten Fingern, Händen oder Füßen? Oder kommt es zu Kälteschauern? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
17	Zittern, Beben	Ist Ihre Angst begleitet von Zittern oder Beben? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
18	Muskelverspannung	Ist Ihre Angst begleitet von Verspannungen bzw. Steifigkeit der Muskulatur? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
19	Hyperventilation	Ist Ihre Angst begleitet von Kribbeln in Fingerspitzen, Füßen oder um den Mund herum oder zu Gefühllosigkeit? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)
20	Erröten	Leiden Sie unter extrem häufigem Erröten? (Kommt dieses Symptom in einem Angstzustand vor?)	(0..1..2..3)

Ergebnis:**Es besteht ein Angst-Syndrom.****Nein / Ja (0..1..2..3)**

- () phobisches Angstsyndrom
 () soziophobisches Angstsyndrom
 () Paniksyndrom
 () generalisiertes Angstsyndrom
 () weiteres Angstsyndrom:

Spezifizieren Sie das Syndrom. Sie können eine weitere Spezifizierung eintragen.

7-Syndrom 7: Weitere Syndrome, unspezifische Symptome

Startfrage: Eine Startfrage, deren Verneinung ein Übergehen des Syndroms ermöglicht, gibt es hier nicht. Es müssen alle Fragen gestellt werden.

Sie können zuvor folgenden Hinweis geben: Jetzt stelle ich Ihnen einige sehr gemischte Fragen.

unklar 9..... nicht vorhanden 0.... leicht 1.... mittel 2.... stark 3

1	Depersonalisation	Fühlen Sie sich unwirklich, fremd, kein Mensch, nicht richtig da?	(0..1..2..3)
2	Derealisation	Erscheint Ihnen die alltägliche Umwelt unwirklich, fremd, entfernt, farblos, stumpf, wie im Theater, wo alles nur gespielt wird?	(0..1..2..3)
3	Vorbeireden	Beobachter: Die Antworten des Pat. beziehen sich meist nicht auf die gestellte Frage	(0..1..2..3)
4	Misstrauen	Sind Sie misstrauisch, entdecken Sie gegen Sie gerichtete Äußerungen oder Handlungen schnell?	(0..1..2..3)
5	fehlende Affektwahrnehmung	Beobachter: Der Pat. hat kein wahrnehmbares Gefühlsleben, keinen Kontakt zu seinen Gefühlen	(0..1..2..3)
6	Ambivalenz	Haben Sie zu Menschen und Ereignissen meist eine sehr geteilte Einstellung, ohne sich für die eine oder andere Seite entscheiden zu können?	(0..1..2..3)
7	motorische Unruhe	Beobachter: Der Patient ist in ständiger unruhiger Bewegung	(0..1..2..3)
8	Mutismus	Beobachter: Der Pat. spricht mit niemanden, erweckt aber den Eindruck, als ob er alles verstehen würde	(0..1..2..3)
9	Müdigkeit	Fühlen Sie sich ständig müde, ohne dass Sie zu wenig geschlafen haben?	(0..1..2..3)
10	Erschöpfung/ Neurasthenie	Ich fühle mich ständig erschöpft und kraftlos, obgleich ich keine erschöpfende Tätigkeit hinter mir habe () Haben Sie ein quälendes Gefühl der Erschöpfung bzw. Müdigkeit nach geringer geistiger oder körperlicher Anstrengung? () Können Sie sich von dieser Erschöpfung bzw. Müdigkeit nicht durch normale Ruhe- und Entspannungszeiten erholen? () Leiden Sie zusätzlich unter akuten oder chronischen Muskelschmerzen oder Benommenheit oder Spannungskopfschmerz oder Schlafstörung oder Unfähigkeit zu entspannen oder Reizbarkeit?	(0..1..2..3)
11	Schlafstörungen	Leiden Sie auch unabhängig von einer evtl. Depression oder Angsterkrankung unter Schlafstörungen? () Einschlaf-, Durchschlafstörung oder frühes Erwachen () ständiges Schlafbedürfnis und häufiges Einschlafen am Tage () Schlafwandeln () nächtl. Panikerwachen mit heftigen Bewegungen und Erregung () Alpträume () verschobener Schlaf-Wach-Rhythmus, so dass zu Zeiten geschlafen wird, an denen andere wach sind und umgekehrt	(0..1..2..3)
12	Verhaltensrituale	Beschreiben Sie Ihre Verhaltensrituale:	(0..1..2..3)
13	Verhaltensstörungen	Haben Sie Verhaltensstörungen, unter denen Sie leiden? () drangvoll-zwanghaftes Stehlen (Kleptomanie) () dranghaft-zwanghaftes Spielen (Spielsucht) () dranghaft-zwanghafte Brandstiftung (Pyromanie) () dranghaft-zwanghaftes Haare ausreißen (Trichotillomanie) () dranghaft-zwanghaftes Kratzen, Ausquetschen d. Talgdrüsen () Nägelkauen () Selbstverletzung/sich selbst schneiden () andere Verhaltensstörungen, die Sie nicht abstellen können:	(0..1..2..3)
14	Bruxismus	Knirschen Sie nachts mit den Zähnen (spricht Sie evtl. Zahnarzt oder Bettnachbar darauf an?)	(0..1..2..3)
15	Tics	Machen Sie unwillkürliche Bewegungen oder Zuckungen mit einem Körperteil, ohne es zu wollen oder beeinflussen zu können?	(0..1..2..3)
16	Tic welcher?	Geben Sie bitte an, an welchen Körperteilen der Tic auftritt und welche Bewegung auftreten: Körperteil: Bewegungen:	

17	Stottern	Haben Sie Sprechstörungen in Form von Stottern?	(0..1..2..3)
18	Poltern	Haben Sie Sprechstörungen in Form von Poltern ? (schnelles Sprechen mit Hängenbleiben im Sprachfluß, ohne Wiederholungen und ohne Verzögerungen)	(0..1..2..3)

Ergebnis:**Es besteht ein Hinweis auf ein weiteres Symptom/Syndrom****Nein / Ja (0..1..2..3)**

- Depersonalisation, Derealisation
 Neurasthenisches Syndrom
 Schlafstörungen
 Verhaltensstörungen

..... (Bitte geben Sie das Symptom/Syndrom genau an)

Syndrom 8: aggressiv-impulsives Syndrom

Startfrage: Sind Sie seit einiger Zeit öfter und intensiver gereizt, ärgerlich oder wütend ? Fällt es Ihnen schwerer, diese Gefühle unter Kontrolle zu halten ? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Aggressivität	Reagieren Sie wütender, zorniger, sarkastischer als früher?	(0..1..2..3)
2	aggressive Impulsstörung	Können Sie Wut/Aggression nicht kontrollieren (aggr. Ausbrüche, Handgreiflichkeit)	(0..1..2..3)
3	Selbstbeschädigung	Verletzen Sie sich in letzter Zeit fahrlässig oder absichtlich selbst?	(0..1..2..3)

Ergebnis:**Es besteht ein aggressiv-impulsives Syndrom.****Nein / Ja (0..1..2..3)**

- aggressiv-impulsives Syndrom mit Fremdbeschädigung
 aggressiv-impulsives Syndrom mit Selbstbeschädigung

Syndrom 9: Sexualstörung (gestörtes Sexualverhalten)

Startfrage: Hat sich in Ihrer Sexualität eine Störung eingestellt? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	verminderte Sexualität	Hat Ihr sexuelles Interesse deutlich nachgelassen?	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Ich suche weniger nach sexuellen Reizen	
		<input type="checkbox"/> Ich denke seltener an Sexualität	
		<input type="checkbox"/> Wenn ich an Sex denke, verspüre ich weniger sexuelles Verlangen oder sexuelle Erregung	
		<input type="checkbox"/> Ich habe weniger sexuelle Phantasien	
		<input type="checkbox"/> Ich habe weniger Interesse an Geschlechtsverkehr	
		<input type="checkbox"/> Ich habe weniger Interesse an Selbstbefriedigung	
2	Sexualstörung	Leiden Sie unter einer spezifischen sexuellen Störung?(wie unter den nächsten drei Punkten beschrieben)	(0..1..2..3)
3	Sex.störg. welche? Funktionsstörungen	Welche Störung? Inwiefern ist Ihre Sexualität gestört:	
		<input type="checkbox"/> zu wenig Lust auf Sexualität	
		<input type="checkbox"/> zu viel Lust auf Sexualität	
		<input type="checkbox"/> Angst vor Sexualität, Abneigung gegen sex. Aktivität	
		<input type="checkbox"/> Störung des Erregungsablaufs, Erektionsstörung	
		<input type="checkbox"/> Störung des Erregungsablaufs, Ejakulationsstörung	
		<input type="checkbox"/> Störung des Erregungsablaufs, vermindertes Lustgefühl beim Akt, fehlende vaginale Feuchtigkeit (Lubrikation)	
		<input type="checkbox"/> gestörter Orgasmus (zu früh, zu spät, gar nicht)	
		<input type="checkbox"/> Missempfindungen, Schmerzen oder Verkrampfung beim Akt (Vaginismus, Dyspareunie)	
4	Sex.störg. welche? Ident.störg., Variationen	Welche Störung? Inwiefern ist Ihre Sexualität gestört	
		<input type="checkbox"/> Transsexualität	
		<input type="checkbox"/> Transvestismus	
		<input type="checkbox"/> Fetischismus	
		<input type="checkbox"/> Exhibitionismus	
		<input type="checkbox"/> Voyeurismus	
		<input type="checkbox"/> Sadismus	
		<input type="checkbox"/> Masochismus	
		<input type="checkbox"/> weitere Variationen:	
		
5	Sex.störg. welche? Sex. Delinquenz	Welche Störung? Inwiefern ist Ihre Sexualität gestört	
		<input type="checkbox"/> Inzest	
		<input type="checkbox"/> Pädophilie	
		<input type="checkbox"/> Vergewaltigung, sexualaggressive Handlungen	

Ergebnis:

Es besteht eine Sexualstörung

Nein / Ja (0..1..2..3)

sex. Funktionsstörung sex. Identitätsstörung sex. Variation

keine/andere: Genaue fallspezifische Bezeichnung (z.B. Vaginismus)

Spezifizieren Sie das Syndrom oder wählen Sie "keine/andere".

Syndrom 10: Zwangs-Syndrom

Startfrage: Müssen Sie aus einem Zwang heraus Handlungen oder Gedanken immer wieder durchführen und schaffen es nicht, diese zu unterlassen? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Zwänge	Leiden Sie unter Zwängen wie Kontrollieren, Ordnen, Putzen, Waschen, Zählen, Wiederholen, anderen Zwängen (Ich mache das ohne es zu wollen und ohne dass jemand mich zwingt) () Ich tue/denke es öfter/mehr als ich will und empfinde Art und Ausmaß als sinnlos bzw. quälend () Ich versuche damit aufzuhören oder es nicht zu beginnen und schaffe es aber nicht, dagegen anzukommen () Ich weiß, dass ich selbst bzw. etwas in mir den Zwang produziert	(0..1..2..3)
2	Zwänge, wie?	Beschreiben Sie, in welcher Form die Zwänge auftreten () Es bestehen Zwangsgedanken () Es besteht zwanghaftes Grübeln - immer über die gleichen Dinge nachdenken müssen () Es bestehen Zwangshandlungen () Es bestehen Zwangsimpulse (unanständiges, aggressives tun müssen bzw. fürchten, es zu tun)	
3	Zwänge, welche?	Die Zwänge (Handlungen bzw. Gedanken) geschehen () als Ordnen () als Waschen oder Putzen/Reinigen () als Kontrollieren () als magisches Wiederholen/Zählen (nicht als mehrfaches Kontrollieren, sondern z.B. damit nichts schlimmes geschieht) () als Rituale () als:	
4	Zwangsgedanken:	Leiden Sie unter Gedanken, die sie als unsinnig oder übertrieben und quälend empfinden und die Sie nicht haben möchten? Welche Art von Zwangsgedanken?..... Waren es Gedanken, die Ihnen Angst machten oder sie in Anspannung versetzten wie zum Beispiel jemanden zu verletzen, sich zu kontaminieren, oder jemanden anzustecken? Versuchten Sie die Gedanken zu unterdrücken?	
5	Zwangshandlungen:	Müssen Sie manche Dinge immer wieder tun wie zum Beispiel die Hände waschen, Kontrollieren oder Gegenstände in einer bestimmten Art und Weise zu ordnen? Oder müssen Sie Dinge zählen oder bestimmte gedankliche Rituale ausführen? Welche Art von Zwangshandlungen?..... Kommt es zu Anspannung oder Angst, wenn Sie dies nicht ausführen können? Empfinden Sie die Handlungen als übertrieben oder unsinnig? Haben Sie schon versucht die Handlungen zu unterlassen? Ist Ihr Alltag durch die sich aufdrängenden Gedanken oder durch die Zwangshandlungen beeinträchtigt?	

Ergebnis:

Es besteht ein Zwangs-Syndrom

Nein / Ja (0... 1... 2... 3)

- () Zwangsgedanken und -grübeln
() Zwangshandlungen
() beides

Syndrom 11: Alkoholabhängigkeits- oder -missbrauchssyndrom

Startfrage: Haben Sie einen viel zu hohen Alkoholkonsum bzw. behaupten dies Personen, die ständig mit Ihnen beruflich oder privat zu tun haben? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele. Auch dann weiterfragen, falls der Pat. dies verneint und fremdanamnestic Hinweise vorliegen.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Alkoh.missbrauch	Trinken Sie viel alkoholische Getränke?	(0..1..2..3)
2	Alk. wieviel?	Geben Sie bitte die tägliche Alkoholmenge in Litern (z.B. "1.5" Liter bei 3 Flaschen Bier) an: Bier: Wein: Schnaps: Sonstiges:	
3	Alk. wann?	Zu welcher Tageszeit trinken Sie Alkohol ? () morgens () mittags () nachmittags () abends	
4	Alk.situation	Geben Sie bitte an, in welchen Situationen Sie trinken:	
5	Alkoholabhängigkeit	Sind Sie körperlich und psychisch abhängig von Alkohol? () Ich bin meinem Verlangen nach Alkohol ausgeliefert, muß einfach trinken (craving) () Ich kann nur sehr schwer mit dem Trinken aufhören, eigentlich erst, wenn ich mein Pensum habe (Kontrollverlust) () Ich trinke oft, um beginnende Entzugssymptome zum Verschwinden zu bringen (Antrinken gegen Entzug) () Seitdem ich regelmäßig trinke, vertrage ich die vielfache Menge Alkohol (Toleranzentwicklung) () Seitdem ich regelmäßig trinke, verfolge ich weniger Freizeitinteressen, pflege weniger Kontakt zu Freunden, außer Trinkfreunden (Vernachlässigung anderer Bereiche) () Trotz mehrfacher körperlicher Folgekrankheiten trinke ich weiter () Ich trinke oft mehr oder über längere Zeit als beabsichtigt () Trotz meines anhaltenden Wunsches bzw. wiederholter Versuche, die Alkoholmenge zu verringern, bleibe ich bei meiner Konsummenge	(0..1..2..3)
6	Entzugssymptome	Kommt es bei einer Unterbrechung der Einnahme von Alkohol zu Entzugserscheinungen, so dass Sie möglichst schnell das Getränk wieder zu sich nehmen müssen ? () Wenn ich zu lange nichts getrunken habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen () Diese Entzugssymptome verbessern sich rasch wieder durch Einnahme von Alkohol () Andere, zum Beispiel Angst, Schreckgefühle, extreme Unruhe, Zittern, Schmerzen, Übelkeit, Depressivität, Krampfanfälle, Schlafstörungen, Halluzinationen, Würgen, Erbrechen, welche noch?	(0..1..2..3)

Ergebnis:**Es besteht ein Alkoholabhängigkeits-/missbrauchssyndrom****Nein / Ja (0..1..2..3)** problematischer Umgang mit Alkohol (Missbrauch) ein Alkoholabhängigkeitssyndrom

Entscheiden Sie bitte, ob es sich um Missbrauch (problematischen Umgang mit Alkohol) oder Abhängigkeit handelt.

Syndrom 12: substanzbezogenes Abhängigkeits- oder missbrauchssyndrom

Startfrage: Nehmen Sie regelmäßig ohne ärztliche Verschreibung Medikamente, die abhängig machen können oder andere abhängig machende Stoffe? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele. Auch dann weiterfragen, falls der Pat. dies verneint und fremdanamnestic Hinweise vorliegen.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Suchtmittelmissbrauch	Verwenden Sie Schlaf-, Beruhigungs-, Schmerz-, Aufputsch- oder andere Mittel, die süchtig machen können, ohne ärztliche Verordnung?	(0..1..2..3)
2	Suchtm.welche?	Geben Sie bitte an, welche Suchtmittel Sie nehmen: <input type="checkbox"/> Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel, auch Anxiolytika <input type="checkbox"/> Cannabis: Haschisch, Marihuana, THC <input type="checkbox"/> Amphetamine, Ritalin, Speed, Ice oder andere Stimulantien: <input type="checkbox"/> Heroin, Morphium, Opium, Codein, Percodan, Methadon, Demerol <input type="checkbox"/> Kokain (Speedball, Crack, Freebase) <input type="checkbox"/> Halluzinogene wie LSD, Psilocybin, Meskalin, Exstasy, PCP, Angel Dust, <input type="checkbox"/> Andere, z.B. Lachgas, Poppers, Appetitzügler, Inhalantien, Steroide etc.:	
3	Suchtm.wievief?	Geben Sie bitte an (Tabl. je mg oder Tropfen, deren Konzentration oder andere genaue Mengenangaben), wieviel Suchtmittel Sie täglich nehmen:	
4	Abhängigkeitssyndrom psychotrop. Substanzen	Sind Sie körperlich und psychisch abhängig von Ihrem/Ihren Suchtmittel(n)? <input type="checkbox"/> Ich bin meinem Verlangen nach dem Suchtmittel ausgeliefert, muß es einfach nehmen <input type="checkbox"/> Ich kann nur sehr schwer mit der Suchtmittelleinnahme aufhören, eigentlich erst, wenn ich mein Pensum habe <input type="checkbox"/> Ich nehme oft das Suchtmittel, um beginnende Entzugssymptome zum Verschwinden zu bringen <input type="checkbox"/> Seitdem ich regelmäßig Suchtmittel nehme, vertrage ich die vielfache Menge davon <input type="checkbox"/> Seitdem ich regelmäßig Suchtmittel nehme, verfolge ich weniger Freizeitinteressen, pflege weniger Kontakt zu Freunden (außer anderen Süchtigen) <input type="checkbox"/> Trotz mehrfacher körperlicher Folgekrankheiten nehme ich weiter Suchtmittel <input type="checkbox"/> Ich nehme das Suchtmittel häufig in größerer Menge oder über längere Zeit als beabsichtigt <input type="checkbox"/> Trotz meines Wunsches bzw. trotz wiederholten Versuchen, den Suchtmittelkonsum zu verringern, bleibe ich bei meiner Konsummenge	(0..1..2..3)
5	Entzugssymptome	Kommt es bei einer Unterbrechung der Einnahme von Suchtmitteln zu Entzugserscheinungen, so dass Sie möglichst schnell das Mittel wieder zu sich nehmen müssen? <input type="checkbox"/> Wenn ich zu lange nichts genommen habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen <input type="checkbox"/> Diese Entzugssymptome verbessern sich rasch wieder durch Einnahme meines Suchtmittels <input type="checkbox"/> Ich habe extremes Verlangen nach dem Suchtmittel <input type="checkbox"/> Sie bestehen bei mir aus (z. B. Angst, Schreckgefühlen, extremer psychischer und körperlicher Unruhe, Zittern, Kopf- und Körperschmerzen, Übelkeit, quälenden Gefühlen wie Depressivität):	(0..1..2..3)

Ergebnis:

Es besteht ein(e) Suchtmittelabhängigkeit/-missbrauch

Nein / Ja (0..1..2..3)

Es besteht ein(e) Suchtmittelabhängigkeit/-missbrauch (0..1..2..3)

problemat. Umgang mit Suchtmitteln

Suchtmittelabhängigkeitssyndrom

Polytoxikomanie

Entscheiden Sie bitte, ob es sich um Missbrauch (problematischen Umgang mit Suchtmitteln) oder Abhängigkeit handelt.

Syndrom 13: Eßstörung (gestörtes Eßverhalten)

Startfrage: Ist Ihr Eßverhalten irgendwie unnormal, z. B. extremes Fasten, Freßanfälle, große Gewichtsab- oder -zunahme? Haben Sie ständig Über- oder Untergewicht? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Appetitverlust	Hat Ihr Appetit deutlich nachgelassen (Appetitlosigkeit)?	(0..1..2..3)
2	Gewichtsabnahme	Haben Sie in den letzten 6 Monaten an Gewicht abgenommen (mehr als 2 kg)?	(0..1..2..3)
		Meine Körpergröße (cm):	
		Mein Gewicht vor Beginn der Eßstörung (kg):	
		Mein Gewicht heute (in kg):	
		Quetelet-Index (Gewicht in kg/(Körpergröße in m)**2) Ein Wert <= 17,5 spricht für Anorexie. Entspricht dem BMI.	
		Wieviel kg haben Sie in den letzten 6 Monaten abgenommen?	
		Gewichtsabnahme in % des Normalgewichts (Größe in cm minus 100)	
3	gesteigerter Appetit	Hat Ihr Appetit zugenommen, essen Sie mehr als früher?	(0..1..2..3)
4	Gier nach Essen	Haben Sie eine ausgesprochene Gier zu Essen, der Sie oft nicht widerstehen können?	(0..1..2..3)
5	Gewichtszunahme	Haben Sie in den letzten 6 Monaten zugenommen?	(0..1..2..3)
		() weniger als 2 kg	
		() 2 kg bis 3 1/2 kg	
		() 4 kg oder mehr:	
6	Fasten	Fasten Sie so, dass Sie erheblich an Gewicht abgenommen haben?	(0..1..2..3)
7	Fasten wieviel kg?	Geben Sie bitte an, wieviel kg Sie in den letzten 6 Monaten durch Fasten abgenommen haben:	
8	Freßanfälle	Haben Sie Freßanfälle, die Sie nicht steuern können?	(0..1..2..3)
9	Freßanf. wie oft? Geben Sie bitte an, wie oft pro Woche (z.B. "dreimal pro Woche") ein	Freßanfall auftritt:	
10	absichtliches Erbrechen	Führen Sie selbst nach der Nahrungseinnahme Erbrechen herbei?	(0..1..2..3)
11	Abführmittelkonsum	Nehmen Sie Abführmittel, um auf diese Weise abzunehmen bzw. nicht zuzunehmen?	(0..1..2..3)
12	Medikamentenkonsum	Nehmen Sie Diuretika, Appetitzügler oder Schilddrüsenpräparate ein, um abzunehmen bzw. nicht zuzunehmen?	(0..1..2..3)
13	exzessive Bewegung	Treiben Sie sehr viel Sport, um abzunehmen bzw. nicht zuzunehmen?	(0..1..2..3)
14	kalorienarme Diät	Halten Sie streng eine kalorienarme Diät ein, indem Sie kalorienreiche Nahrungsmittel konsequent meiden?	(0..1..2..3)
15	verzerrte Körperwahrnehmung	Sind Sie überzeugt, viel zu dick zu sein, obwohl Ihr gewogenes Körpergewicht eindeutig unterhalb des Idealgewichts liegt?	(0..1..2..3)
16	Angst vor Gewichtszunahme	Entsteht ein starkes Angstgefühl, wenn Sie daran denken, jetzt zuzunehmen oder zugenommen zu haben?	(0..1..2..3)
17	endokrine Störungen wie Amenorrhoe	Haben seit Beginn Ihrer Eßstörung Ihre Regelblutungen völlig aufgehört?	(0..1..2..3)
		() Regelblutung hat aufgehört	
		() Verlust des Interesses an Sexualität (Libidoverlust)	
		() bei Männern: Potenzverlust	
18	Gedankenkreisen um Essen	Beschäftigen Sie sich in Ihren Gedanken seit Beginn Ihrer Eßstörung unentwegt mit Essen?	(0..1..2..3)

Ergebnis:

Es besteht eine Eßstörung.

Nein / Ja (0..1..2..3)

() anorektisches Syndrom () bulimisches Syndrom () Adipositas (kont. Überessen)

() Spezifizieren Sie das Syndrom oder geben Sie "andere" an:

Syndrom 13: Eßstörung (gestörtes Eßverhalten)

Startfrage: Ist Ihr Eßverhalten irgendwie unnormal, z. B. extremes Fasten, Freßanfälle, große Gewichtsab- oder -zunahme? Haben Sie ständig Über- oder Untergewicht? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Appetitverlust	Hat Ihr Appetit deutlich nachgelassen (Appetitlosigkeit)?	(0..1..2..3)
2	Gewichtsabnahme	Haben Sie in den letzten 6 Monaten an Gewicht abgenommen (mehr als 2 kg)?	(0..1..2..3)
		Meine Körpergröße (cm):	
		Mein Gewicht vor Beginn der Eßstörung (kg):	
		Mein Gewicht heute (in kg):	
		Quetelet-Index (Gewicht in kg/(Körpergröße in m)**2) Ein Wert <= 17,5 spricht für Anorexie. Entspricht dem BMI.	
		Wieviel kg haben Sie in den letzten 6 Monaten abgenommen?	
		Gewichtsabnahme in % des Normalgewichts (Größe in cm minus 100)	
3	gesteigerter Appetit	Hat Ihr Appetit zugenommen, essen Sie mehr als früher?	(0..1..2..3)
4	Gier nach Essen	Haben Sie eine ausgesprochene Gier zu Essen, der Sie oft nicht widerstehen können?	(0..1..2..3)
5	Gewichtszunahme	Haben Sie in den letzten 6 Monaten zugenommen?	(0..1..2..3)
		() weniger als 2 kg	
		() 2 kg bis 3 1/2 kg	
		() 4 kg oder mehr:	
6	Fasten	Fasten Sie so, dass Sie erheblich an Gewicht abgenommen haben?	(0..1..2..3)
7	Fasten wieviel kg?	Geben Sie bitte an, wieviel kg Sie in den letzten 6 Monaten durch Fasten abgenommen haben:	
8	Freßanfälle	Haben Sie Freßanfälle, die Sie nicht steuern können?	(0..1..2..3)
9	Freßanf. wie oft? Geben Sie bitte an, wie oft pro Woche (z.B. "dreimal pro Woche") ein	Freßanfall auftritt:	
10	absichtliches Erbrechen	Führen Sie selbst nach der Nahrungseinnahme Erbrechen herbei?	(0..1..2..3)
11	Abführmittelkonsum	Nehmen Sie Abführmittel, um auf diese Weise abzunehmen bzw. nicht zuzunehmen?	(0..1..2..3)
12	Medikamentenkonsum	Nehmen Sie Diuretika, Appetitzügler oder Schilddrüsenpräparate ein, um abzunehmen bzw. nicht zuzunehmen?	(0..1..2..3)
13	exzessive Bewegung	Treiben Sie sehr viel Sport, um abzunehmen bzw. nicht zuzunehmen?	(0..1..2..3)
14	kalorienarme Diät	Halten Sie streng eine kalorienarme Diät ein, indem Sie kalorienreiche Nahrungsmittel konsequent meiden?	(0..1..2..3)
15	verzerrte Körperwahrnehmung	Sind Sie überzeugt, viel zu dick zu sein, obwohl Ihr gewogenes Körpergewicht eindeutig unterhalb des Idealgewichts liegt?	(0..1..2..3)
16	Angst vor Gewichtszunahme	Entsteht ein starkes Angstgefühl, wenn Sie daran denken, jetzt zuzunehmen oder zugenommen zu haben?	(0..1..2..3)
17	endokrine Störungen wie Amenorrhoe	Haben seit Beginn Ihrer Eßstörung Ihre Regelblutungen völlig aufgehört?	(0..1..2..3)
		() Regelblutung hat aufgehört	
		() Verlust des Interesses an Sexualität (Libidoverlust)	
		() bei Männern: Potenzverlust	
18	Gedankenkreisen um Essen	Beschäftigen Sie sich in Ihren Gedanken seit Beginn Ihrer Eßstörung unentwegt mit Essen?	(0..1..2..3)

Ergebnis:

Es besteht eine Eßstörung.

Nein / Ja (0..1..2..3)

() anorektisches Syndrom () bulimisches Syndrom () Adipositas (kont. Überessen)

() Spezifizieren Sie das Syndrom oder geben Sie "andere" an:

Syndrom 14: Kopfschmerz-Syndrom

Startfrage: Leiden Sie unter chronischen, ständigen oder ständig wiederkehrenden Kopfschmerzen? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Kopfschmerzen	Haben Sie chronische Kopfschmerzen? Welche??	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> anhaltender Dauerschmerz	
		<input type="checkbox"/> anfallsartiger Schmerz	
2	Kopfschm. welche ?	Unter welchen Kopfschmerzen leiden Sie?	
		<input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerz	
		<input type="checkbox"/> Migräne	
		<input type="checkbox"/> Sonstige:	
3	Kopfschm.wie?	Spezifizieren Sie die Kopfschmerzen bitte genauer:	
		Wo:	
		Wie (er verspürt die S. als):	
		Wann (Die S. treten gegen Uhr auf):	
		Wie lange (und halten Stunden an):	

Ergebnis:

Es besteht ein Kopfschmerz-Syndrom

Nein / Ja (0..1..2..3)

Spannungskopfschmerzen Migräne keine/andere: Spezifikation: Spezifizieren Sie das Syndrom oder wählen Sie "keine/andere"

Syndrom 15: Schmerz-Syndrom

Startfrage: Leiden Sie unter chronischen, ständigen oder ständig wiederkehrenden Schmerzen? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Schmerzen	Leiden Sie (außer Kopfschmerz) unter chronischen Schmerzen?	(0..1..2..3)
2	Schmerz Lokalisierbar	Geben Sie bitte an, an welchen Körperstellen der Schmerz auftritt:	
		<input type="checkbox"/> Arme, Hände, Finger	
		<input type="checkbox"/> Beine, Füße, Zehen	
		<input type="checkbox"/> oberer Rücken: Schulter-/Nackengebiet	
		<input type="checkbox"/> unterer Rücken: Lenden- und Kreuzbeinbereich	
		<input type="checkbox"/> Hals, Gesicht	
		<input type="checkbox"/> Brustkorb	
		<input type="checkbox"/> Bauch	
		<input type="checkbox"/> Unterleib, Scheide, After, Enddarm	
		<input type="checkbox"/> sonstige:	
3	Schmerz Gelenke/ Musk.	Leiden Sie an Gelenk- und/oder Muskelschmerzen ?	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Muskulatur an vielen Stellen des Körpers, OHNE extrem schmerzhafte Einzelpunkte	
		<input type="checkbox"/> Muskulatur an vielen Stellen des Körpers, MIT extrem schmerzhaften Einzelpunkten (Triggerstellen)	
		<input type="checkbox"/> Gelenke, insbes. Hüfte	
		<input type="checkbox"/> Gelenke, insbes. Knie	
		<input type="checkbox"/> Gelenke, insbes. Schultern	
		<input type="checkbox"/> Gelenke, andere:	
4	Schmerz wie?	Spezifizieren Sie Ihre Schmerzen bitte genauer:	
		Wie:	
		Wann (Uhrzeit):	
		Wie lange (Std.):	

Ergebnis:

Es besteht ein Schmerz-Syndrom

Nein / Ja (0..1..2..3)

Nacken/Schulter-Schmerzsyndr. (incl. HWS) Gelenkschmerzen Rückenschmerzen (unterer Rücken) keine/andere: Spezifikation:

Syndrom 16: Somatoforme Syndrome

Startfrage: Haben Sie körperliche Beschwerden ohne nachweisbare körperliche Grunderkrankung? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie Beispiele.

Oder haben Sie körperliche Probleme, Problem mit Ihrem Körper, so dass Sie darunter leiden?

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Somat.Beschwerd.	Haben Sie in den letzten Jahren oft vielfache und wechselnde körperliche Beschwerden gehabt, die vom Arzt nicht einer nachweisbaren körperlichen Krankheit zugeordnet werden konnten?	(0..1..2..3)
2	Inadäqu.Beunruh.	Falls eine körperl. Krankheit nachgewiesen wurde, war das Ausmaß Ihrer Beunruhigung bzw. die Einschränkungen Ihrer Arbeitsfähigkeit/ Ihrer Freizeitgestaltung unverhältnismäßig groß? () Fürchten Sie, dass es sich um eine schwere Krankheit handelt? () Ist Ihre Arbeitsfähigkeit deutlich, eventuell stark beeinträchtigt? () Ist Ihre Freizeitgestaltung deutlich, eventuell stark beeinträchtigt? () Sind Sie in einem fortgesetzten Leidenszustand?	(0..1..2..3)
3	zahlreiche Arztkonsultationen	Haben Sie jeweils den Arzt aufgesucht, verschreibungspflichtige Medikamente genommen oder eine gesund machende Lebensweise begonnen? () Sind Sie oft zum Arzt gegangen? () Haben Sie oft Untersuchungen machen lassen? () Haben Sie verschiedene Spezialisten aufgesucht? () Können Sie die Aussage des Arztes, dass keine körperliche Krankheit vorliegt nicht akzeptieren? () Haben Sie verschreibungspflichtige Medikamente genommen? () Haben Sie eine gesundmachende Lebensweise begonnen?	(0..1..2..3)
4	autonome, vegetative Beschwerden	Haben Sie vegetative Beschwerden wie ...? () einzelne verstärkte Herzschläge, Brustschmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend () Schweißausbrüche (heiß oder kalt) () Mundtrockenheit () Hitzewallungen oder Erröten () Druckgefühl im Oberbauch, Unruhe oder Kribbeln im Bauch () außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung () weitere, andere:	(0..1..2..3)
5	Haut	Kam es zu Hautproblemen mit () Rötungen, Flecken, Jucken, Brennen () sehr empfindlicher Haut () Farbänderungen der Haut () Kribbelgefühl oder Taubheit der Haut () weitere/andere:	(0..1..2..3)
6	Herz-Kreislauf	Kam es zu Herz-Kreislaufbeschwerden mit () Schmerzen im Brustkorb oder Druckgefühl in der Herzgegend? () spürbarem Herzklopfen (Palpitationen)? () Schwindelgefühlen/Benommenheit ? () Atemnot ohne Anstrengung? () Weitere, andere:	(0..1..2..3)
7	Atemwege	Kam es zu Atemwegsbeschwerden mit () Atemnot ohne körperl. Anstrengung () Erkältungserscheinungen ohne Erkältung () Hyperventilation (übermäßiges Atmen) () weitere/andere:	(0..1..2..3)

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

8	Magen-Darm-(Verdauung)	Kam es zu Magen-Darm-Beschwerden mit	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen	
		<input type="checkbox"/> Bauchweh	
		<input type="checkbox"/> Blähungen, Völlegefühl	
		<input type="checkbox"/> häufiger Stuhlgang, Durchfall oder Flüssigkeitsaustritt aus dem Anus	
		<input type="checkbox"/> Speisunverträglichkeit	
		<input type="checkbox"/> Verstopfung (nur alle 3 bis 5 Tage Stuhlgang)	
		<input type="checkbox"/> Luftschlucken, Druckgefühl oder brennendes Gefühl im Oberbauch	
		<input type="checkbox"/> Aufstoßen, Wiederaufsteigen von Speisen (Regurgitation)	
		<input type="checkbox"/> weitere, andere:	
9	Urogenitalsystem	Kam es zu Harnwegs/Genitalbereichsbeschwerden mit	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Unangenehme Empfindungen oder Brennen der Genitalorgane	
		<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen oder Schwierigkeit Wasser zu lassen	
		<input type="checkbox"/> häufigem Harndrang	
		<input type="checkbox"/> starken Regelblutungen	
		<input type="checkbox"/> schmerzhafter Menstruation, unregelmäßiger Menstruation	
		<input type="checkbox"/> Schmerz b. Geschlechtsverkehr	
		<input type="checkbox"/> ungewöhnlicher oder verstärkter Vaginalausfluß	
		<input type="checkbox"/> Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft	
		<input type="checkbox"/> weitere/andere:	
10	Stützapparat	Kam es zu Gelenk/Knochen-Beschwerden	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden mit Einschränkung der Beweglichkeit	
		<input type="checkbox"/> Knochenbeschwerden mit verminderter Belastbarkeit durch Gewichte	
		<input type="checkbox"/> weitere/andere:	
11	Muskelkraftverminderung	Kam es zu Muskelbeschwerden mit	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Verminderung der Muskelkraft	
		<input type="checkbox"/> Lähmungen	
		<input type="checkbox"/> weitere/andere:	
12	Neurologisch Augen/ HNO	Kam es zu neurologischen Beschwerden mit	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Verlust des Sehvermögens (Blindheit)	
		<input type="checkbox"/> Doppelbildern	
		<input type="checkbox"/> Verschwommen-Sehen	
		<input type="checkbox"/> Verlust des Hörvermögens (Taubheit)	
		<input type="checkbox"/> Ohrgeräusche/Ohrensausen	
		<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen oder Störungen in der Koordination von Bewegungsabläufen	
		<input type="checkbox"/> weitere/andere:	
13	Neurologisch andere	Kam es zu neurologischen Beschwerden mit	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Verlust des Gedächtnisses	
		<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden oder Kloßgefühl im Hals	
		<input type="checkbox"/> Ausfall des Berührungs-, Temperatur- oder Schmerzsinnes der Haut, z.B. Taubheit oder Missempfinden	
		<input type="checkbox"/> Verlust der Stimme,Flüsterstimme	
		<input type="checkbox"/> Verlust des Bewußtseins (Ohnmacht)	
		<input type="checkbox"/> Krampfanfällen	
		<input type="checkbox"/> Harnverhaltung	
		<input type="checkbox"/> weitere/andere:	

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

14	dissoziative Störungen	Verlust einer psychischen Funktion bzw. der Kontrolle über eine psychische oder körperliche Funktion infolge psychisch belastender Ereignisse	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> zielgerichtetes Weggehen, ohne sich später daran erinnern zu können (Fugue)	
		<input type="checkbox"/> bewegungsloses Sitzen oder Liegen (Stupor)	
		<input type="checkbox"/> Trance- oder Besessenheitszustände	
		<input type="checkbox"/> Beobachter: gezieltes Daneben- oder Vorbeiantworten (Ganser-Syndrom)	
		<input type="checkbox"/> zu verschiedenen Zeitpunkten ganz verschiedene Persönlichkeiten sein (multiple Persönlichkeit)	
		<input type="checkbox"/> weitere, andere:	
15	Hypochondrie	Sind Sie längere Zeit davon überzeugt, unter einer bestimmten körperlichen Krankheit zu leiden?	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Sind Sie in ständiger Sorge um die Symptome dieser Krankheit?	
		<input type="checkbox"/> Leiden Sie erheblich darunter?	
		<input type="checkbox"/> Ist Ihr alltägliches Leben erheblich darunter gestört?	
		<input type="checkbox"/> Bemühen Sie sich um medizinische Behandlungen und Untersuchungen?	
		<input type="checkbox"/> Können Sie die Aussage des Arztes, dass keine körperliche Krankheit vorliegt, nicht akzeptieren?	
16	Körperdysmorphie Störung	Machen Sie sich große Sorgen um eine bei Ihnen eventuell vorhandene Entstellung oder Missbildung?	(0..1..2..3)
		<input type="checkbox"/> Leiden Sie unter einem Schönheitsfehler, der Sie sehr quält, obwohl andere das Ausmaß der Entstellung nicht bestätigen können?	
		<input type="checkbox"/> Beschäftigen Sie sich stundenlang mit Gedanken um Ihre Entstellung oder Missbildung?	
		<input type="checkbox"/> Sind Sie dadurch in Ihrer beruflichen Tätigkeit, Ihrer Freizeitgestaltung oder anderen wichtigen Lebensbereichen dadurch erheblich beeinträchtigt?	
		<input type="checkbox"/> Bitte beschreiben Sie dies näher:	

Ergebnis:**Es besteht ein Somatisierungs -Syndrom Nein / Ja (0..1..2..3)**

- ohne weitere Syndrome
 Somatisierungsstörung
 Dissoziatives Syndrom
 hypochondrisches Syndrom
 Körperdysmorphie Störung
 andere somatoforme Störung: Spezifikation:
 bevorzugter Organbereich:

Syndrom 17: Posttraumatisches Belastungssyndrom

Startfrage: Haben Sie ein schreckliches Erlebnis hinter sich (Überfall, Unfall, Naturkatastrophe o. ä.) und einige Zeit später begannen Symptome wie Schreckhaftigkeit, einschließende bildliche Erinnerungen, sich wiederholende Träume, die Sie bis heute verfolgen?

unklar 9 nicht vorhanden 0 leicht 1 mittel 2 stark 3

1	Wiederholtes Erleben des Traumas	Drängen sich Ihnen Bilder oder Erinnerungen an das Ereignis auf? (Intrusionen)	(0..1..2..3)
2	Alpträume	Haben Sie manchmal Alpträume?	(0..1..2..3)
3	Flashbacks	Kommt es ihnen manchmal so vor als würden Sie die Situation noch mal durchleben?(Flashbacks)	(0..1..2..3)
4	Vermeidung Erinnern	Vermeiden sie es an das Ereignis zu denken?	(0..1..2..3)
5	Vermeiden Situationen, Menschen	Vermeiden Sie Situationen oder Menschen die sie an das Ereignis erinnern?	(0..1..2..3)
6	Entfremdung, Isolierung	Fühlen Sie sich manchmal anderen gegenüber entfremdet oder isoliert?	(0..1..2..3)
7	Abstumpfung	Haben Sie manchmal das Gefühl abgestumpft zu sein und keine Gefühle mehr wahrzunehmen?	(0..1..2..3)
8	Übererregung	Haben Sie oft den Eindruck „immer auf der Hut“ zu sein oder besonders angespannt zu sein?	(0..1..2..3)
9	Schreckhaftigkeit	Sind Sie übermäßig schreckhaft?	(0..1..2..3)
10	Schlafstörungen	Haben Sie seither Schwierigkeiten mit dem Schlafen?	(0..1..2..3)

Ergebnis:

Es besteht ein Posttraumatisches Belastungssyndrom

Nein / Ja (0..1..2..3)

Übertragen Sie die 17 Syndromausprägungen und die Teilsyndromausprägungen in das VDS14-Auswertungsblatt

Anhang 3: VDS30 – Dysfunktionale Persönlichkeitsskalen

VDS30 Persönlichkeitsfragebogen Version m

Autor: S. Sulz

VDS30-Persönlichkeit

Vorname: _____ Name: _____ Datum: _____

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Persönlichkeit, also auf ihre Empfindungen, Gefühle, Einstellungen und Verhaltensweisen in Ihrem bisherigen Leben. Bitte versuchen Sie, sich so zu beschreiben, wie Sie im Allgemeinen sind und waren, bevor die jetzige Erkrankung entstand. Falls Ihre Erkrankung schon viele Jahre andauert, dann beschreiben Sie sich so, wie Sie in den letzten Jahren waren und sind.

0 = nicht 1 = leicht 2 = mittel 3 = sehr

0 1 2 3	101 Ich habe Angst, etwas zu tun oder zu sagen, wofür ich kritisiert oder abgelehnt werde. Geschieht dies trotzdem, so trifft mich Kritik wie ein Schlag.
0 1 2 3	102 Ich gehe auf andere Menschen nur zu, wenn ich sicher bin, daß sie mich akzeptieren oder mögen.
0 1 2 3	103 Ich vermeide oft soziale oder berufliche Aktivitäten, bei denen ich mit anderen Menschen Kontakt aufnehmen muß
0 1 2 3	104 Ich bin in Gesellschaft zurückhaltend, aus Angst, etwas Unpassendes oder Dummes zu sagen oder eine Frage nicht beantworten zu können
0 1 2 3	105 Ich befürchte vor anderen in Verlegenheit zu geraten, z.B. durch Erröten, Weinen oder Anzeichen von Angst
0 1 2 3	106 Ich neige dazu, gesellschaftliche Pflichten abzusagen, aus Furcht, ihnen nicht gewachsen zu sein
0 1 2 3	107 Ich weiß im Gespräch mit unvertrauten Menschen oft nicht, was ich sagen soll
0 1 2 3	108 Ich traue mich selten, anderen direkt zu sagen, was ich will - aus Angst, daß sie mir dann böse sind
0 1 2 3	109 Wenn mich etwas ärgert, behalte ich es meist für mich, um Streit zu vermeiden
0 1 2 3	110 Mir ist es wichtig, daß ich nicht unangenehm auffalle
	SU
0 1 2 3	201 Ich treffe auch im Alltag kaum Entscheidungen, ohne mich mit meiner Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund) zu beraten oder von ihr die Zustimmung zu dieser Entscheidung zu holen
0 1 2 3	202 Die wichtigsten Entscheidungen trifft fast immer meine Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund)
0 1 2 3	203 Mir wichtigen Menschen pflichte ich im Gespräch fast immer bei, selbst wenn ich sonst anderer Meinung bin
0 1 2 3	204 Ohne meine Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund) unternehme ich selten etwas. Es macht mir einfach keinen Spaß, allein ohne sie/ihn etwas zu unternehmen
0 1 2 3	205 Bei gemeinsamen Aktivitäten geht die Initiative fast immer von meiner Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund) aus
0 1 2 3	206 Wenn ich dadurch die Zuneigung meiner Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund) erringe bzw. bewahre, übernehme ich dafür unangenehme Tätigkeiten
0 1 2 3	207 Ich fühle mich allein meist unwohl und hilflos und vermeide dies nach Möglichkeit
0 1 2 3	208 Ich bin am Boden zerstört und hilflos, wenn eine enge Beziehung in die Brüche geht
0 1 2 3	209 Ich übernehme in einer festen Beziehung meist die Interessen und Vorlieben des anderen
0 1 2 3	210 Ich habe in Beziehungen Angst, verlassen zu werden
	DE
0 1 2 3	301 Immer wieder kann ich Aufgaben nicht zum Abschluß bringen, weil ich es so genau und perfekt machen möchte
0 1 2 3	302 Ich verliere mich oft in Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, daß mir die Hauptsache dabei verloren geht
0 1 2 3	303 Ich beharre sehr fest darauf, daß meine Arbeits- oder Vorgehensweisen von anderen übernommen werden
0 1 2 3	304 Ich überlasse anderen nur widerwillig Tätigkeiten, weil diese sie ohnehin nicht perfekt genug durchführen
0 1 2 3	305 Meine Arbeit und Produktivität ist mir wichtiger als meine privaten Vergnügen und als zwischenmenschliche Beziehungen
0 1 2 3	306 Ich zögere Entscheidungen oft hinaus, weil ich das Für und Wider zu ausgiebig abwäge und mir nicht klarwerde, was mir letztendlich wichtiger erscheint
0 1 2 3	307 Ich bin in sehr hohem Maße gewissenhaft, besorgt und eher unnachgiebig in Bezug auf Moral und menschliche Werte
0 1 2 3	308 Mit Zeit, Geld oder Geschenken bin ich sparsam. Ich gebe nur etwas, wenn ich angemessene Gegenleistungen erwarten kann
0 1 2 3	309 Ich kann mich auch von längst nicht mehr benutzten Gegenständen nicht trennen
0 1 2 3	310 Gefühle drücke ich nur sparsam aus
	ZW

0 1 2 3	401 Ich kann Fristen deshalb nicht einhalten, weil ich mit dem Betroffenen bis zuletzt über Unstimmigkeiten oder Unklarheiten streiten oder verhandeln muss
0 1 2 3	402 Wenn man von mir etwas verlangt, das ich nicht tun möchte, werde ich mürrisch oder gereizt oder es kommt zum Streit
0 1 2 3	403 Arbeiten, die ich nicht tun möchte, verrichte ich immer langsam oder als "Dienst nach Vorschrift"
0 1 2 3	404 Oft beschwere ich mich, weil andere unsinnige Forderungen an mich stellen
0 1 2 3	405 Pflichten "vergesse" ich einfach
0 1 2 3	406 Ich bin in der Ausübung meiner Tätigkeiten besser, als andere glauben
0 1 2 3	407 Ich ärgere mich, wenn andere mir sagen wollen, wie ich meine Arbeit besser machen könne, selbst wenn sie Recht haben
0 1 2 3	408 Wie und wann ich meine Arbeit mache, entscheide ich, die sollen warten, bis ich fertig bin
0 1 2 3	409 Wenn mir nicht gefällt, was mein Gegenüber will, so gehe ich eher in eine passive Verweigerung als in offenen Protest
0 1 2 3	410 Bei Autoritätspersonen fällt mir sofort ein, was es an denen zu kritisieren gibt, so daß ich nicht so viel Achtung vor Ihnen habe
PA	
0 1 2 3	501 Ich brauche sehr viel Bestätigung und Beifall und irgendwie verschaffe ich mir das auch
0 1 2 3	502 Attraktives Aussehen und Auftreten steht an erster Stelle und verführerisch wirken darf gern dabei sein
0 1 2 3	503 Ich achte sehr darauf, daß es mir nicht passiert, unattraktiv auszusehen, das wäre mir sehr unangenehm
0 1 2 3	504 In zwischenmenschlichen Situationen bin ich mit meinen Gefühlen mit Haut und Haaren dabei und ich drücke meine Gefühle sehr stark aus - manchen mag das überschwänglich erscheinen
0 1 2 3	505 Ich fühle mich wohler, wenn ich im Mittelpunkt stehe, als wenn ich wenig Beachtung in einer geselligen Runde finde
0 1 2 3	506 Meine Gefühle können relativ schnell wechseln - mal bin ich ganz glücklich und froh, dann wieder ganz traurig
0 1 2 3	507 Meine Wünsche sind mir ganz wichtig und da möchte ich nicht lange warten
0 1 2 3	508 Ich reagiere so stark mit Gefühlen, daß sie mich in schwierigen Situationen eher kopflos machen
0 1 2 3	509 Einerseits gehe ich direkt in nahen Kontakt, aber wenn der andere dann die Initiative ergreift, wird es mir auch schnell zu nah und ich ergreife die Flucht
0 1 2 3	510 Sprachlich verwende ich gerne ausschmückende Worte, so eine genaue Sprache liegt mir nicht
HI	
0 1 2 3	601 Ich verspüre nicht den Wunsch nach einer nahen Beziehung, ich habe auch keine Freude an solchen Beziehungen
0 1 2 3	602 Es ist mir nicht wichtig, einer Familie oder einem Freundeskreis anzugehören
0 1 2 3	603 Ich suche mir fast immer Unternehmungen aus, die ich allein machen kann
0 1 2 3	604 So starke Gefühle wie Wut oder Freude habe ich selten
0 1 2 3	605 Sexuelle Kontakte sind mir nicht wichtig
0 1 2 3	606 Lob und Kritik anderer Menschen lösen in mir kaum Gefühle aus
0 1 2 3	607 Abgesehen von Eltern und Geschwistern habe ich höchstens eine wichtige Bezugsperson (Freund(in) oder Person meines Vertrauens)
0 1 2 3	608 Ich lasse nur sehr wenig Gefühle aus mir heraus
0 1 2 3	609 Ich weiß von mir, teils weil andere mir das sagten, daß ich kaum Wärme ausstrahle, eher distanziert wirke
0 1 2 3	610 Ich weiß von mir, teils durch andere, daß ich selten durch meinen Gesichtsausdruck oder Gesten (wie Lächeln oder Nicken) zeige, was in mir vorgeht
SC	
0 1 2 3	701 Auf Kritik reagiere ich oft mit intensiven Gefühlen der Wut, Scham oder Demütigung, ob ich es nun zeige oder nicht
0 1 2 3	702 Es gelingt mir oft, die Beziehungen zu anderen Menschen dazu zu nutzen, meine Ziele voranzubringen
0 1 2 3	703 Ich bin mir meiner doch großen Fähigkeiten und Talente sehr bewußt und möchte, daß andere diese deutlich sehen und richtig respektieren
0 1 2 3	704 Wenn ich mal Probleme habe, dann aus ganz besonderen einzigartigen Gründen. Nur wenige, besondere Menschen können das dann verstehen
0 1 2 3	705 Sehr oft bewegen mich Phantasien großen Erfolges
0 1 2 3	706 Im Kontakt mit anderen ist mir deren laufende Aufmerksamkeit wichtig. Ich ertappe mich dabei, daß ich mir Ihre Bewunderung holen möchte
0 1 2 3	707 Mit den Gefühlen anderer befasse ich mich nicht so sehr
0 1 2 3	708 Ich habe den Anspruch, von anderen meiner einzigartigen Persönlichkeit entsprechend behandelt zu werden, nicht wie einer unter vielen
0 1 2 3	709 Wenn ich es mal nicht geschafft habe, erstklassig zu sein, sondern nur durchschnittlich abschneide, so fühle ich mich als der ganz große Versager und fürchte zu einem Nichts zu werden, nichts mehr wert zu sein
0 1 2 3	710 Wenn andere mehr haben oder erreichen, werde ich extrem neidisch
NA	

0 1 2 3	801 Ich habe extrem intensive Beziehungen zu einem einzigen Menschen, leider nicht dauerhaft. Oft beginnt es mit starken Idealisierungen und endet ganz vehement in dessen völliger Verachtung und Abwertung
0 1 2 3	802 Ganz impulsiv kommt es bei mir zu Verhaltensexzessen wie Geldausgeben oder Ladendiebstahl oder rücksichtslosem Fahren oder sexuellen Exzessen oder Freßanfällen oder Alkohol- oder Medikamentenmißbrauch
0 1 2 3	803 Stunden bis Tage lang habe ich außerhalb psychischer Erkrankungen sehr starke Verstimmungen mit Depression, starker Reizbarkeit oder großer Angst
0 1 2 3	804 Immer wieder kommt es bei mir zu extrem starker Wut, der ich ganz ausgeliefert bin, oder ich kann meine Wut nicht kontrollieren und muß etwas Aggressives tun
0 1 2 3	805 Es kommt immer wieder dazu, daß ich mit Selbstmord drohe oder einen Selbstmordversuch begehe oder mich körperlich absichtlich verletze
0 1 2 3	806 Ich kann mir nicht bewußt machen oder spüren, wer oder was ich bin, was ich will, was mir wichtig ist, auch bei meinen Freunden
0 1 2 3	807 Ich habe sehr oft und anhaltend ein Gefühl der quälenden Leere oder extremer Langeweile. Diese ist fast schlimmer als meine quälenden intensiven Gefühle
0 1 2 3	808 Bei mir ist es oft so, daß ich einen Menschen für ganz und gar gut, dagegen einen oder andere Menschen für völlig schlecht oder unerträglich empfinde
0 1 2 3	809 Oft frißt mich das Hin- und Hergerissen sein zwischen intensiven gegensätzlichen Gefühlen wie Haß und Liebe oder Glück und Unglück auf
0 1 2 3	810 Allein und verlassen sein ist so schlimm, daß ich alles tue, ganz verzweifelte Aktivitäten starte, um dies zu verhindern. Meist erreiche ich damit das Gegenteil.
BO	
0 1 2 3	901 Wenn ich Menschen begegne, erwarte ich, daß sie mich übervorteilen, ausnutzen, benachteiligen, hinters Licht führen wollen
0 1 2 3	902 Auch Freunde und Kollegen halten nicht zu mir, sie sagen mir nicht die Wahrheit
0 1 2 3	903 Ich spreche kaum über mich, denn ich fürchte, daß andere, das was ich sage, böswillig gegen mich verwenden
0 1 2 3	904 Kleine Bemerkungen oder Reaktionen anderer zeigen oft eine gegen mich gerichtete versteckte Abwertung oder Bedrohung
0 1 2 3	905 Beleidigungen, mißachtende oder verletzende Äußerungen anderer verzeihe ich nicht. Ich bin dann noch sehr lange voll Groll und Ärger
0 1 2 3	906 Ich rechne damit, daß andere meinen Charakter und meinen Ruf angreifen, da werde ich schnell wütend und wehre mich energisch
0 1 2 3	907 Ich kann einfach nicht glauben, daß mein Mann/meine Frau bzw. mein Freund/meine Freundin mir treu ist
0 1 2 3	908 Vieles in meiner Umwelt und in der Welt allgemein ist durch Verschwörung von bestimmten Menschen zustande gekommen
0 1 2 3	909 Ich muß ständig streiten, damit ich meine Rechte gegen andere verteidige. Ich beharre dann konsequent auf meinen Rechten
0 1 2 3	910 Mein Denken dreht sich oft um mich selbst. Ich bin halt ein besonderer, wichtiger Mensch
PR	

Welche der obigen 9 Persönlichkeitszüge beschreiben Sie am treffendsten, am zweit- und am dritttreffendsten? Tragen Sie die Abkürzung (SU, DE, ZW, PA, HI, SC, NA, BO, PR) unter dem jeweiligen Fragenblock ein:

Am treffendsten beschreibt mich Skala ___ __

Am zweit-treffendsten beschreibt mich Skala ___ __

Am dritt-treffendsten beschreibt mich Skala ___ __

Vielen Dank für Ihre Zeit und Mühe!

Anhang 4: Global Assessment of Functioning (GAF)

Global Assessment of Functioning (GAF)

Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht.

Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.

Code (Bitte beachten: Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z. B: 45, 68, 72)

- 100-91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.
- 90-81 Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leicht Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
- 80-71 Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
- 70-61 Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
- 60-51 Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
- 50-41 Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
- 40-31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
- 30-21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
- 20-11 Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohären oder stumm).
- 10-1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltausübung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
- 0 Unzureichende Informationen

Anhang 5: Evaluation: Veränderung der Überlebensregel (FB-ÜR)

Evaluation: Veränderung der Überlebensregel

Bedeutung der Überlebensregel früher und heute

Evaluation: Veränderung der Überlebensregel (bei mehreren ist dies Nr. ...)

Therapiesitzung:..... am (Datum)

PatientIn(Vorname, Name)

(Falls Sie zwei oder drei wichtige Überlebensregeln formuliert haben, benützen Sie je einen Zettel)

Ihre alte Überlebensregel, die VOR DER THERAPIE für Sie zutraf, lautet:

<p>Nur wenn ich immer</p> <p>Und wenn ich niemals</p> <p>Bewahre ich</p> <p>Und verhindere</p>

0 = nicht 1 = etwas 2 = mittel 3 = sehr

		vor der Therapie				heute			
1	Wie wahr war/ist Ihre bisherige Überlebensregel für Sie? Wie sehr glaubten/glauben Sie an ihre Richtigkeit?	0	1	2	3	0	1	2	3
2	Wie sehr bestimmte/bestimmt Ihre Überlebensregel Ihr Erleben und Verhalten?	0	1	2	3	0	1	2	3
3	Wie sehr fürchteten/fürchten Sie negative Konsequenzen bei einem Verstoß gegen Ihre Überlebensregel?	0	1	2	3	0	1	2	3
4	Wie häufig handelten/handeln Sie entgegen Ihrer Überlebensregel?	0	1	2	3	0	1	2	3
5	Wie stark waren/sind die negativen Gefühle, bei einem Verstoß gegen die Überlebensregel?	0	1	2	3	0	1	2	3
6	Wie gut gelang/gelingt es Ihnen gegen Ihre Überlebensregel zu handeln?	0	1	2	3	0	1	2	3

Welche „Lebensregel“ ist HEUTE eine für Sie hilfreiche, unterstützende Formulierung?:

<p>Ich kann – darf – will</p> <p>Und ich muss nicht</p> <p>Und bekomme trotzdem, was ich brauche, nämlich:</p> <p>Und es besteht dabei/dadurch keine große Gefahr, dass</p>
--

Danke für Ihre Zeit und Mühe!

Anhang 6: QMP02 – Arbeitsfähigkeit und medizinischer Versorgungsbedarf

QMP02-Arb Arbeitsfähigkeit und medizinischer Versorgungsbedarf

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Zählen Sie zusammen wie oft bzw. wie viele Tage **insgesamt in den letzten 3 Monaten** folgendes vorkam:

1. Meine Arbeitsfähigkeit

a) Ich bin jetzt

arbeitsfähig

nicht arbeitsfähig bzw. krank geschrieben

b) Zahl der **Fehlzeiten in den letzten drei Monaten** aufgrund psychischer oder körperlichen Beschwerden:

..... **Tage** war ich wegen **psychischen/psychosomatischer** Beschwerden arbeitsunfähig bzw. krank geschrieben und kam deshalb nicht zur Arbeit

..... **Tage** war ich wegen **körperlichen** Beschwerden arbeitsunfähig bzw. krank geschrieben und kam deshalb nicht zur Arbeit

c) Rentenantrag:

Ich habe zwischenzeitlich Rentenantrag gestellt am

2. Inanspruchnahme ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung in den letzten drei Monaten

a) aufgrund **psychischer/psychosomatischer** Beschwerden

..... **mal** kam es zu Terminen mit Psychotherapeuten (außerhalb der jetzigen Psychotherapie)

..... **mal** kam es zu Arztterminen (incl. Ambulanz/Poliklinikbesuch)

..... **Tage** waren Krankenhausaufenthalt notwendig

b) aufgrund **körperlicher** Beschwerden, bei denen psychische Faktoren **keine** Rolle spielen:

..... **mal** kam es zu Arztterminen (incl. Ambulanz/Poliklinikbesuch)

..... **Tage** war Krankenhausaufenthalt notwendig

Herzlichen Dank

Anhang 7: Therapeutisches Verlaufsprotokoll der verwendeten Sprechstundenkarten

Sitzung	SSK (Nr.)	SSK (Nr.) HA	Medikation	Zusätzl. Therapie/Reha/Selbsthilfegruppe	Bemerkungen
Vorher					
P2					
P3					
P4					
P5					
Th01					
Th02					
Th03					
Th04					
Th05					
Th06					
Th07					
Th08					
Th09					
Th10					
Th11					
Th12					
Th13					
Th14					
Th15					
Th16					
Th17					
Th18					
Th19					
Th20					
Th21					
Th22					
Th23					
Th24					
Th25					
Th26					
Th27					
Th28					
Th29					
Th30					
Th31					
Th32					
Th33					
Th34					
Th35					
Th36					
Th37					
Th38					
Th39					
Th40					
Th41					
Th42					
Th43					
Th44					
Kat					

Medikation (bis 8 Wochen vor Therapie):

PKP-SBT-Langzeit-Depressionsstudie
 Leitung: Prof. Dr. Dr. Serge Sulz, Dr. Markus Reicherzer, Dr. Miriam Sichort-Hebing
 Durchführung: Dipl.-Psych. Manuel Peters

Danksagung

Abschließend bedanke ich mich bei allen, die mich auf dem Weg zu dieser Arbeit begleitet, unterstützt und inspiriert haben!

Mein besonderer Dank gilt:

PD Dr. Cornelius Schüle für seine umfassende Unterstützung und Betreuung dieses Forschungsvorhabens, seine vorbildliche Art als praktizierender Psychiater, Oberarzt und ärztlicher Psychotherapeut und Wissenschaftler und seine Kunstfertigkeit, das Angenehme mit der Pflicht zu verbinden.

Prof. Dr. Dr. Serge Sulz für seine unerschöpfliche Weisheit und seinen unstillbaren Erkenntnisdrang, der mich immer inspiriert und beruhigt hat, für seine großen Beiträge zu Wissenschaft und Praxis, ohne die mein Weg als junger Therapeut und Wissenschaftler viel schwieriger gewesen wäre und für seine unablässige Unterstützung und Führung durch die Irrungen und Wirrungen dieser Promotion.

Dr. Markus Reicherzer, Leiter der CIP-Akademie München für seine großzügige Unterstützung der Studie, die es überhaupt ermöglicht hat, über einige Jahre hinweg die Untersuchungen durchzuführen.

Dr. Regine Karl, Leiterin der Ambulanz der CIP-Akademie für ihre sehr hilfreiche Unterstützung der Datenerhebung in der Ambulanz des Instituts.

Dr. Thomas Kaufmayer für seine Unterstützung und Einführung bei der Übernahme vieler Patienten und einer laufenden Feldstudie, die ohne sein Können und seinen Glauben an den Erfolg vielleicht nie zum Abschluss gekommen wäre und für seinen Pragmatismus, der mir oft ein Licht in dunklen Stunden war.

Allen Studientherapeuten, Diplomanden und Mitarbeitern des CIP und der BAP für ihre hohe Compliance und Motivation, für ihre tatkräftige Unterstützung und für ihre Ausdauer bei der Durchführung dieser anspruchsvollen Studie.

Meinen hochgeschätzten und geliebten Eltern und Brüdern, die immer hinter mir standen, immer an mich geglaubt haben und nie müde wurden, mich zu fördern und zu fordern.

Meiner hochgeschätzten und unendlich geliebten Frau Melanie Peters, die immer an mich geglaubt hat und so viele Opfer für meine Arbeit gebracht hat, dass ich noch lange in ihrer Schuld stehen werde.

Meinem hochgeschätzten und unendlich geliebten Sohn Justus Peters, durch den ich erkannt und gespürt habe, dass Familie tatsächlich das wichtigste ist.

Und nicht zuletzt allen Patienten, ohne die es diese Arbeit auch nicht geben könnte.

Eidesstattliche Versicherung



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

Promotionsbüro
Medizinische Fakultät



Eidesstattliche Versicherung

Peters, Manuel

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel

**Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) der Depression
Eine vergleichende Evaluationsstudie zur Effektivität und Effizienz von Kurz- und
Langzeittherapie im ambulanten Setting**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 10.02.2021

Ort, Datum

Manuel Peters

Unterschrift Doktorandin bzw. Doktorand