

ENTWICKLUNG UND EVALUATION EINES MODULAREN, INTERPERSONELLEN
GRUPPENPROGRAMMS ZUR BEHANDLUNG KOMORBIDER DEPRESSIVER
PATIENTEN IM STATIONÄREN SETTING

Inauguraldissertation

zur

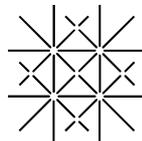
Erlangung der Würde
einer Doktorin
vorgelegt der
Fakultät für Psychologie
der Universität Basel

von

Anna Kiyhankhadiv

aus Basel, Schweiz

Basel, 2017



UNI
BASEL

Original document stored on the publication server of the University of Basel
edoc.unibas.ch

Genehmigt von der Fakultät für Psychologie
auf Antrag von

Prof. Dr. Rolf-Dieter Stieglitz

Prof. Dr. Elisabeth Schramm

Basel, den _____

Prof. Dr. Roselind Lieb



Erklärung

Hiermit erkläre ich, Anna Kiyhankhadiv, dass ich die vorliegende Dissertation „Entwicklung und Evaluation eines modularen, interpersonellen Gruppenprogramms zur Behandlung komorbider depressiver Patienten im stationären Setting“ ohne unzulässige Hilfe verfasst und jegliche Zusammenarbeit mit Dritten gekennzeichnet habe. Alle Hilfsmittel sowie alle Zitate wurden von mir gekennzeichnet.

Basel, den 1. Juni 2017

Anna Kiyhankhadiv

Danksagung

Nach gefühlt unendlich vielen Stunden intensiver Arbeit liegt sie nun vor Ihnen: Meine Dissertation. Schreiben musste ich sie zwar alleine, dennoch gibt es eine Vielzahl von Menschen, die mich auf dieser herausfordernden, aber auch ungemein lehrreichen Reise begleitet haben und denen ich an dieser Stelle mein Dankeschön aussprechen möchte. Zu besonders grossem Dank bin ich meinen Betreuern und Gutachtern verpflichtet: Frau Prof. Dr. Elisabeth Schramm hat mich zu jeder Zeit mit ihrem enormen Fundus an wissenschaftlicher und inhaltlicher Expertise unterstützt und betreut. Selbstzweifel und Skepsis gab sie wenig Raum und motivierte mich mit ihrer unersättlichen Energie, den manchmal beschwerlichen Weg dennoch weiter zu gehen. Sie war zu jeder Zeit für mich erreichbar, supervidierte und förderte mich von Anfang an. Diese zuverlässige und intensive Betreuung habe ich nie für selbstverständlich angesehen und bin dafür sehr dankbar. Auch ermöglichte sie mir die wunderbare Chance, meine psychotherapeutische Arbeit mit Forschung zu verbinden. Frau Prof. Dr. Schramm hat mich als Psychotherapeutin und als Mensch inspiriert und wird meine berufliche Laufbahn als Psychotherapeutin und Wissenschaftlerin weiterhin positiv prägen.

Auch Herrn Prof. Dr. Rolf-Dieter Stieglitz, meinem Erstgutachter, möchte ich herzlich für seine zuverlässige Hilfestellung, konstruktive Beratung und immerwährende Bereitschaft, meine Fragen zu beantworten, danken. Sein regelmässiges Nachfragen zum Stand meiner Arbeit half mir, die Ausdauer aufrecht zu erhalten und nicht aufzugeben.

Ein Dank geht auch an Frau Prof. Dr. Roselind Lieb, von der ich mir schon während meiner Uni-Zeit für diese Dissertation hilfreiches Wissen aneignen durfte und die nun netterweise den Vorsitz der Promotionskommission übernommen hat.

Ebenso möchte ich mich bei Herrn Dr. Thomas Fangmeier bedanken, der mir bei statistischem und methodischem Kopfzerbrechen geduldig und kompetent zur Seite gestanden ist.

Des Weiteren gilt mein Dank der Klinikdirektorin Frau Prof. Dr. med. Undine Lang, die das Schreiben einer Dissertation von Anfang an unterstützt und mir bei meiner Stelle als Klinische Psychologin Raum für die wissenschaftliche Tätigkeit gegeben hat. Auch meinem direkten Vorgesetzten, Dr. med. Markus Mühlhauser, möchte ich für seine warmherzige Unterstützung danken. Ebenso geht mein Dank an meine Kollegen in den UPK, die immer wieder meine überstrapazierten Nerven beruhigt und mir beim Durchführen meiner Studie geholfen haben. Dabei sind namentlich zu erwähnen Maya Moritz, Martin Lickert, Hannes Schuler, Nicolas Gfeller, Martin Wichmann, Simone Zierath, Barbara Jones, Sarah Eckart, Sandra Müller, Claudia Lange, Nicole Wyss und Suzan Can. Die bereichernden Tipps und Diskussionsbeiträge haben mir wiederholt Aufschwung gegeben. Ganz herzlich möchte ich mich auch bei den Patienten bedanken, die sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt haben und ohne die die Gruppentherapie nicht möglich gewesen wäre.

Danke auch an Frau Katharina Stieger vom Studiendekanat, die mir wiederholt geholfen hat, den administrativen Universitäts-Dschungel zu bewältigen. Besonders danken möchte ich auch PD Dr. Ernst Hermann, meinem Mentor, der mich zur Psychotherapeutin ausgebildet und mich stets zur Fertigstellung dieser Arbeit ermutigt hat. Ein spezieller Dank geht auch an Stephen Mullon, der meine Excel-Kenntnisse in dieser Zeit verbessert und mir in meinen moralischen Krisen geduldig beigestanden hat.

Eine herausragende Stellung in jeglicher Hinsicht nehmen meine Familie und meine Freunde ein. Sara, Tammy, Yannick, David, Mama, Papa - Eure liebevolle Fürsorge und unermüdliche Unterstützung in allen Phasen der Erstellung dieser Doktorarbeit trugen massgeblich dazu bei, dass dieses Werk fertiggestellt werden konnte. Vielen Dank.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	9
Abstract.....	11
Einleitung	13
Gliederung der Arbeit.....	13
Depressive Störungen – ein Überblick zur Relevanz des Störungsbildes	13
Die Diagnose „Depression“ – Schwierigkeiten in der Nosologie	16
Psychotherapie depressiver Erkrankungen.....	18
Wirksamkeit und Wirkfaktoren der Psychotherapie bei Depressiven Störungen.	18
Störungsspezifische Ansätze bei Depressionen und deren Limitationen.	23
Mechanismen-basierter Ansatz bei psychischen Störungen.....	24
Neurowissenschaft in der Psychiatrie.....	27
Was ist Modulare Psychotherapie?	28
Ein Beispiel Modularer Psychotherapie.	32
Entscheidung zur Auswahl und Sequenz der Module.....	33
Vorteile Modularer Psychotherapie.....	35
Erforschung von zugrundeliegenden Funktionsstörungen als Targets Modularer Psychotherapie.....	38
Zugrundeliegende Funktionsstörungen bei Depressiven Störungen	40
Bisherige Arbeiten zu Modularer Psychotherapie.....	42
Grenzen und mögliche Nachteile Modularer Psychotherapie	45
Die hier vorgeschlagene Modulare Psychotherapie	47
Die Strategien aus den Interventionen CBASP, IPT und Achtsamkeit.....	47
Module im CBASP.....	48
Module in der IPT.	50
Module aus den Achtsamkeitsbasierten Ansätzen.	50

Stand der Forschung im stationären Gruppenformat.....	51
Funktionsstörungen als Targets der Modularen Gruppenpsychotherapie für stationäre Patienten mit komorbiden Depressionen.....	51
Aufbau der Gruppe - Einbettung in die vorgestellten Konzepte	54
Stufenweise Entwicklung des modularen Therapieprogrammes.....	57
Zielsetzung und Fragestellung des Projektes	60
Hypothesen.....	61
Methode	62
Ein- und Ausschlusskriterien der Stichprobe	62
Behandlungsprogramm.....	63
Anpassungen nach Phase I	65
Messinstrumente in Phase II.....	67
Behandlungserfolg.....	68
Prädiktoren.	70
Machbarkeit (proof of concept)/ mögliche Wirkfaktoren.	71
Durchführbarkeit (feasibility) und Akzeptanz (acceptance).	75
Datenanalyse.....	76
Resultate	80
Beschreibung der Stichprobe.....	80
Phase I.	80
Phase II.	83
Vergleich Phase I und II.	87
Resultate bezüglich des Behandlungserfolgs	87
Phase I.	87
Phase II.	88

Vergleich Phase I und II.....	91
Resultate bezüglich der Prädiktoren.....	92
Phase I.....	92
Phase II.....	93
Vergleich Phase I und II.....	94
Resultate bezüglich Durchführbarkeit (feasibility) und Akzeptanz (acceptance).....	94
Phase I.....	94
Phase II.....	95
Vergleich Phase I und II.....	97
Resultate bezüglich der Wirkfaktoren.....	97
Phase I.....	97
Phase II.....	97
Vergleich Phase I und Phase II.....	102
Zusammenfassung der Patientenresultate.....	102
Resultate aus dem Team.....	107
Wirkfaktoren der Sitzungen: Resultate der Therapeutesitzungsbögen.....	107
Resultate des Gruppenevaluationsbogens.....	109
Rückschlüsse und Beantwortung der Fragen und Hypothesen.....	110
Diskussion.....	115
Schlussfolgerungen und Ausblick.....	122
Literatur.....	124
Anhang.....	149
Anhang A.....	149
Anhang B.....	155
Anhang C.....	218

Abkürzungen

ACT: Akzeptanz- und Commitmenttherapie

ADHS: Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

APA: American Psychiatric Association

BDI-II: Beck-Depressions-Inventar

CBASP: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

CTQ: Childhood Trauma Questionnaire

DBT: Dialektisch-behaviorale Therapie

DO: Desired Outcome/ Erwünschtes Ergebnis

DPI: Disciplined Personal Involvement/ Diszipliniertes Persönliches Einlassen

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ Diagnostischer und
Statistischer Leitfaden psychischer Störungen

EST: empirically supported treatment

HAMD: Hamilton Depression Rating Scale

ICD: International Classification of Diseases/ Internationale statistische Klassifikation der
Krankheiten

IDÜ: Interpersonelle Diskriminationsübung

IMI-R: Impact Message Inventory Revised

IPT: Interpersonelle Psychotherapie

KVT: Kognitive Verhaltenstherapie

MATCH: Modular Approach to Therapy for Children

MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy

MDD: Major Depressive Disorder

NHS: National Institute for Health Research

NIMH: U.S. National Institute of Mental Health

PTSD: Posttraumatische Belastungsstörung

RCT: randomized controlled trials/ randomisierte kontrollierte Studie

RDoC: Research Domain Criteria

SASS: Soziale Aktivität Selbstbeurteilungs-Skala

SKID-I: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM

SSRI: selective serotonin reuptake inhibitor/ Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

TAS-26: Toronto-Alexithymie-Skala-26

TAU: treatment as usual

UPK: Universitäre Psychiatrische Kliniken

WHO: World Health Organisation/ Weltgesundheitsorganisation

Abstract

Hintergrund: Störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungsprogramme, wie die Interpersonelle Psychotherapie oder die Kognitive Verhaltenstherapie, haben sich bei der stationären Depressionsbehandlung in mehreren Studien als wirksam erwiesen. Sie gehören mittlerweile zum *state of the art* der Depressionsbehandlung und werden in den nationalen S3-Leitlinie empfohlen. Dennoch stossen diese Interventionen an Grenzen, was Komorbiditäten und zugrundeliegende pathologische Mechanismen, wie beispielsweise mangelnde Empathie oder Emotionsregulation, anbelangt. Um der Komplexität stationär behandlungsbedürftiger Depressiver Störungen und dem Implementierungsaspekt der vielen verschiedenen Therapieformen gerecht zu werden, bietet sich ein modulares Organisationsprinzip an, welches eine pragmatische Gliederung etablierter therapeutischer Interventionen ermöglicht. *Methode:* Auf einer offenen Station der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) in Basel wird für Patienten mit einer anhaltenden und/oder akut-episodischen Depressionsdiagnose (nach DSM-IV TR) sowie komorbiden Diagnosen die Konzeptentwicklung eines interpersonell ausgerichteten modularen Gruppenprogramms analog zur Medikamentenentwicklung in verschiedenen Phasen überprüft: Phase I (Konzeptualisierung, Erstellen eines Manualentwurfs anhand systematischer klinischer Erfahrungen mit Einzelfällen) und Phase II (offene Pilotstudie) sowie die Planung der Phase III (Wirksamkeitsprüfung) auf Grundlage der Ergebnisse der vorhergehenden Phasen. Das Programm integriert systematisch zusammengestellte Module des *CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy)*, der *IPT (Interpersonelle Psychotherapie)* sowie der *Beziehungsachtsamkeit (mindfulness)*. Es umfasst 8 Sitzungen von 90 minütiger Dauer, die zweimal wöchentlich durchgeführt werden.

Resultate: In Phase I werden 16 sukzessiv rekrutierte Patienten (Alter 35-73, 56% frühe Traumatisierung, 63% stationäre Vorbehandlungen) untersucht. Nur eine Patientin (6%)

steigt frühzeitig aus. 73% ($n = 11$) zeigen eine *Response* und *Remission* zu Behandlungsende.

Die Patienten empfinden fast ausnahmslos die Arbeitsatmosphäre als angenehm und den Informationsgehalt als hilfreich. Bei allen Patienten hat sich der Zustand zum Zeitpunkt des Austritts gebessert und 11 davon (73%) geben an, die Gruppe habe dazu beigetragen. Die Inhalte sowie die Handouts werden nach Abschluss von Phase I adaptiert, woraufhin im Rahmen einer offenen Pilotstudie (Phase II) das Gruppenprogramm an 43 sukzessive rekrutierten Patienten (Alter 28-88 Jahre; 51% frühe Traumatisierungen, 65% stationäre Vorbehandlungen) auf einen ersten Machbarkeitsnachweis (*proof of concept*), Durchführbarkeit (*feasibility*) und Akzeptanz (*acceptability*) hin evaluiert wird. Eine geringe *Dropout*-Rate (9%, $n = 4$), hohe Patientenzufriedenheit und positives Feedback der Patienten und des Teams weisen auf eine gute Durchführbarkeit und Akzeptanz der Behandlung, sowie eine hohe Wirksamkeit (*Response*: 80%; *Remission*: 46%) hin. 38 Patienten (97%) geben an, ihr Zustand habe sich während des Klinikaufenthaltes gebessert und die Interpersonelle Modulgruppe habe massgeblich dazu beigetragen. Module, die auf *Achtsamkeit*, *emotionale Wahrnehmung* und *Klärung* abzielen werden von den Patienten mit am hilfreichsten bewertet. Die vier Blöcke des Gruppenprogramms weisen verschiedene Wirkfaktoren auf. Gemäss den Patienten kommt der Faktor *Therapiebeziehung* am meisten zum Tragen. Der Wirkfaktor *Emotionsregulation* scheint gemäss Patienten und Therapeuten in Block 3 wichtig zu sein. Hohe Depressivität, geringe soziale Fertigkeiten zu Beginn, weibliches Geschlecht und Komorbidität weisen auf ein weniger gutes Behandlungsergebnis hin.

Schlussfolgerungen und Ausblick: Die Ergebnisse weisen auf eine gute Durchführbarkeit, Akzeptanz sowie eine hohe Wirksamkeit eines modularen Vorgehens hin. Diese Studie repräsentiert eine erste Überprüfung einer modularen Gruppenintervention für komplexe Depressionen. Es bedarf weiterer Forschung im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie, um Aussagen zur Wirksamkeitsprüfung (*effectiveness*) treffen zu können.

Einleitung

Gliederung der Arbeit

Einleitend werden zunächst ein paar theoretische Hintergründe und die Relevanz Depressiver Störungen sowie Schwierigkeiten bei deren Konzeptualisierung und Behandlung dargelegt. Dabei wird auf die Limitationen der Depressionsbehandlung, der störungsspezifischen Psychotherapien und der heutigen Klassifikationssystemen eingegangen. Ausgehend davon werden häufig gefundene Wirkmechanismen und alternative Überlegungen, wie der transdiagnostische Ansatz, diskutiert. Ableitend davon wird dann die Modulare Psychotherapie als innovative Lösung eingeführt und dargestellt, welche theoretischen Befunde dazu bisher vorliegen. Die hier untersuchte Modulare Gruppentherapie wird nachfolgend vorgestellt und die Zielsetzungen, Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Arbeit werden hergeleitet. Im Methodenteil wird das genaue Vorgehen der Studie erklärt. Aus den danach aufgeführten Resultaten werden Rückschlüsse auf die Fragestellungen und Hypothesen gezogen. Am Ende werden die Befunde diskutiert und Schlussfolgerungen und Ausblick werden präsentiert.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Depressive Störungen – ein Überblick zur Relevanz des Störungsbildes

Depressive Störungen, vor allem unipolare Depressionen wie die *Major Depressive Disorder (MDD)* und *Dysthymie*, gehören mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 17% weltweit zu den häufigsten und belastendsten psychischen Erkrankungen (z.B. Jacobi et al., 2014; Kessler & Bromet, 2013; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005; Kessler et al., 2005). Neuere Studien (z.B. Kessler et al., 2010) gehen davon aus, dass das Lebenszeitrisiko bei Erwachsenen, irgendwann im Verlauf des Lebens an einer Depression zu erkranken, auf über

20% geschätzt wird. Depressive Störungen haben oft einen rezidivierenden oder jahrelang persistierenden Verlauf und stellen eine erhebliche Belastung (*burden of disease*) für die Betroffenen selbst und die Gesellschaft dar (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison & Murray, 2006). Für die Betroffenen, indem sie beispielsweise mit massiven Funktionseinschränkungen, reduzierter Lebensqualität, kognitiven Beeinträchtigungen, erhöhtem Suizidrisiko und nicht-suizidaler Mortalität (somatische Erkrankungen wie Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfälle, etc.) einhergehen (z.B. Paykel, Brugha & Fryers, 2005). Auch gesellschaftlich gelten Depressionen als hohe Gesundheitsbürde: In ihrer Prävalenz sind sie ansteigend und werden von der *Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO)* bis 2030 als Volkskrankheit Nummer eins eingeschätzt (Mathers & Loncar, 2006; Murray & Lopez, 1997; Wittchen & Jacobi, 2005; Wittchen, Jacobi, Klose & Ryl, 2010; World Health Organization, 2008). Die *WHO* schreibt in ihren Gesundheitsberichten, dass Depressionen weltweit eine führende Ursache für gesundheitliche Beeinträchtigungen darstellen und – oft im Zusammenspiel mit anderen chronischen Erkrankungen – den Gesundheitszustand grosser Bevölkerungsgruppen verschlechtern. Die jährlichen Kosten werden gemäss Schätzungen der *WHO* auf über 6 Milliarden Dollar ansteigen. Während psychische Störungen weltweit generell stark assoziiert sind mit suizidalem Verhalten, sind insbesondere Affektive Störungen der stärkste Prädiktor von Suizidgedanken und –versuchen in den Industrieländern, wo Suizid unter den führenden Todesursachen ist (Fawcett et al., 1990; Nock et al., 2008; Nock et al., 2009).

MDD ist häufiger bei Frauen zu finden als bei Männern, wobei der Geschlechterunterschied jedoch kleiner wird, da sich gemäss Seedat et al. (2009) die Genderrollen in der Gesellschaft immer mehr angleichen. Sie betrifft alle Altersgruppen,

inklusive Kinder (Merikangas et al., 2010) und ältere Menschen (Byers, Yaffe, Covinsky, Friedman & Bruce, 2010; Kessler et al., 2010).

Gemäss Melchior, Schulz und Härter (2014) erhalten 70% aller depressiven Patienten komorbid mindestens eine weitere Diagnose einer psychischen Erkrankung. Vor allem Angststörungen sind hoch prävalent bei Depressionen. Komorbide Störungen gehen typischerweise mit schlechteren Behandlungsergebnissen (z.B. Goddard, Wingrove & Moran, 2015; Souery et al., 2007), höherem Chronifizierungsrisiko, längerer Zeit bis zur *Remission* (Frank et al., 2011), ungünstigerer Prognose, sowie erhöhtem Suizidrisiko (Davidson & Meltzer-Brody, 1999) einher.

Sind die Kriterien einer depressiven Episode über zwei Jahre bei einem gleichzeitigen Fehlen einer länger als zwei Monate dauernden Vollremission erfüllt, spricht man von einer *chronischen* Depression (vgl. Gelenberg, Kocsis, McCullough, Ninan & Thase, 2006). Hierbei handelt es sich jedoch lediglich um einen Konsens bezüglich des Zeitkriteriums, da keine einheitliche, international gültige Definition einer chronischen Depression existiert. Ungefähr 30% der depressiven Personen und ungefähr 50% derjenigen, die sich in Behandlung begeben, werden als *chronisch* eingestuft (Murphy & Byrne, 2012). Murphy und Byrne (2012) schreiben ausserdem, dass chronische Depressionen signifikant korrelieren mit höheren Komorbiditätsraten, höherem Alter, früherem Erkrankungsbeginn und häufigeren Episoden.

In der Primärversorgung erreicht nur etwa ein Viertel der mit *MDD* diagnostizierten Patienten eine volle *Remission*, die 18 Monate (*Follow-up*) aufrecht erhalten wird, während ein weiteres Viertel überhaupt nicht remittiert (Vuorilehto, Melartin & Isometsa, 2009). Die restlichen Patienten leiden entweder an Residualsymptomen oder an Rezidiven während des *Follow-ups*. Randomisierte kontrollierte Studien (*randomized controlled trials, RCT*) weisen die Wirksamkeit bestimmter Interventionen nach (z.B. Gelenberg et al., 2010), wie

beispielsweise der *Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)* oder *Selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)*. Allerdings ist angesichts des beträchtlichen Anteils an Patienten, die nicht auf die Behandlung ansprechen oder Rezidive nach Beendigung der Behandlung aufweisen, ein besseres Verständnis der zugrundeliegenden Psychopathologie und Pathophysiologie sowie deren Interaktion dringend erforderlich. Dies wiederum sollte neue und wirksamere präventive und therapeutische Behandlungen erleichtern (Belmaker & Agam, 2008).

Die Diagnose „Depression“ – Schwierigkeiten in der Nosologie

Generell wird unter dem Oberbegriff *Depression* eine in Bezug auf Psychopathologie, Ätiologie, Verlauf und Erkrankungsbeginn sehr heterogene Störungsgruppe subsummiert. Depressionen zeigen sich als eine Störung der Gefühle, Gedanken und somatischen Funktionen, welche das alltägliche Funktionieren beeinträchtigen und, wie schon erwähnt, durch erhöhte Suizidalität lebensbedrohlich sein können. Die heterogenen Symptome beinhalten emotionale, kognitive und somatische Funktionsstörungen, welche für die gleiche Diagnose verwendet werden. Wie für die anderen psychische Störungen existieren zwei nosologische Klassifikationssysteme für Depressive Störungen: Die fünfte Edition des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013)* sowie die zehnte Edition des *International Classification of Diseases (ICD-10; Weltgesundheitsorganisation, 2008)*. Beide, das DSM und das ICD, nennen verschiedene Ausformungen Depressiver Störungen sowie Schweregrade innerhalb dieser Ausformungen. Ausgehend von den beschreibbaren und beobachtbaren Symptomen erlauben die Klassifikationen des DSM und des ICD relativ klare Diagnosen und vereinfachen die Kommunikation. Craighead und Dunlop (2014) weisen auf das erwähnte Problem hin, nämlich dass unter der *MDD*, wie sie in den heute gültigen Klassifikationssystemen beschrieben wird, ein heterogenes Syndrom mit vielen möglichen

Ätiologien und pathologischen Ausformen verstanden wird. Die klinische Entität der Depression basiert nicht auf ihrer Neuropsychopathologie, wie beispielsweise den Veränderungen in psychologischen Prozessen, in Gehirnkreisläufen und inter- und intrazellulären Gehirnfunktionen, welche gelegentlich den depressiven Symptomen zugrunde liegen. Somit besteht eine Inkompatibilität zwischen den aktuellen Diagnosesystemen und der psychologischen und neurobiologischen Forschung, welche darauf abzielt, ein verbessertes Verständnis der Neuropsychopathologie Depressiver Störungen zu erlangen und ausgehend davon innovative und verbesserte Behandlungsansätze zu entwickeln. Davon ausgehend wird für die zukünftige Entwicklung von Klassifikationssystemen ein integrativer, dimensionaler Ansatz in Erwägung gezogen, wobei die spezifischen Symptome mit den zugrundeliegenden Neuropsychopathologien in Verbindung gebracht werden können, was beim DSM-5 jedoch nicht der Fall ist. Auch eine Verschiebung weg von störungsspezifischen hin zu störungsübergreifenden Erklärungen und Behandlungen werden diskutiert (z.B. Clark & Taylor, 2009; Dozois, Seeds & Collins, 2009). Die Integration und Übersetzung zwischen einer Anzahl an Disziplinen der klinischen, sozialen und biologischen Wissenschaften wäre notwendig, um dem Ziel eines Neuropsychopathologie-basierten Systems von Diagnosen und Behandlungen näher zu kommen.

Aus diesen einleitenden Überlegungen kann festgehalten werden, dass der adäquaten Behandlung Depressiver Störungen, als eine der häufigsten und belastendsten psychischen Störungen, grosse Bedeutung zugesprochen werden muss. Mit ihren hohen Komorbiditätsraten sowie den häufig rezidivierenden und chronischen Verläufen stellen sie jedoch eine Herausforderung in der Behandlung dar. Eine weitere Schwierigkeit stellen die momentan gültigen Klassifikationssysteme dar, da sie der grossen Heterogenität der Symptome sowie den vielen möglichen Ätiologien teilweise nur unzureichend gerecht werden. Gemäss einigen Forschern trägt dies massgeblich zur starken Variabilität im

Ansprechen auf die Behandlung, welche in klinischen Studien beobachtet wurde, bei.

Obwohl wirksame Behandlungsansätze existieren, besteht Optimierungspotenzial.

Psychotherapie depressiver Erkrankungen

Randomisiert-kontrollierte Studien (*RCTs*) zeigen, dass wirksame pharmakologische als auch psychologische Therapien für Depressive Störungen existieren (z.B. Barth et al., 2013; Cuijpers et al., 2015; de Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner & Schramm, 2007; Gelenberg et al., 2010). Evidenzbasierte störungsspezifische psychotherapeutische Verfahren, wie die *Kognitive Verhaltenstherapie (KVT, Beck, 1979)*, die *Interpersonelle Psychotherapie (IPT, Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984)* oder das *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP, McCullough, 2000)*, gehören mittlerweile zum *state of the art* der Behandlung. In der S3-Leitlinie (DGPPN et al., 2015) werden sie unter Vorbehalt der in den Studien beobachteten Vor- und Nachteile empfohlen.

Wirksamkeit und Wirkfaktoren der Psychotherapie bei Depressiven Störungen.

Zahlreiche *RCTs* belegen die psychotherapeutische Behandlung Depressiver Störungen als generell wirksam (Cuijpers, et al., 2015; de Jong-Meyer et al., 2007), wobei jedoch die Effektivität mit Schweregrad, Chronizität und Symptomausgestaltung der Depression variiert. Die Effekte sind möglicherweise aufgrund des Publikationsbias und mangelnder methodischer Qualität überschätzt (Cuijpers, Smit, Bohlmeijer, Hollon & Andersson, 2010; Cuijpers, van Straten, Bohlmeijer, Hollon & Andersson, 2010). Die meisten Untersuchungen beziehen sich auf ambulante Psychotherapiepatienten mit milden bis moderaten unipolaren Depressionen, jedoch konnten Cuijpers et al. (2011) in einer Metaanalyse zeigen, dass auch stationäre Psychotherapien einer Regelversorgung (*treatment as usual, TAU*) signifikant überlegen sind. Stationäre Patienten gehören zu den schwersten und am meisten beeinträchtigten Patientenpopulationen. Viele dieser Patienten leiden an schweren, komplexen und chronischen Formen von Depressionen. Verbesserte

Behandlungsmöglichkeiten können ihre Genesung vorantreiben und ihr Leiden sowie jenes ihrer Angehörigen reduzieren. In ihrer Metaanalyse, in die 12 Studien mit insgesamt 570 stationären depressiven Patienten eingeschlossen wurden, fanden Cuijpers et al. (2011), dass psychologische Interventionen bei stationären depressiven Patienten einen kleinen ($g = 0.29$), jedoch signifikanten zusätzlichen Effekt auf die Depressivität, verglichen mit *TAU* und strukturierten Mono-Pharmakotherapien, haben. Dies trotz kleiner Anzahl an eingeschlossenen Studien und nicht optimaler Qualität einiger Studien.

Während die Wirkung der Psychotherapie nicht mehr zur Debatte steht, ist die Frage der Wirkfaktoren („*Was wirkt?*“) bis heute kontrovers diskutiert. Diese Kontroverse gründet auf widersprüchlichen Befunden der vergleichenden Wirkungsforschung („*Welche Psychotherapiemethode wirkt besser oder am besten?*“). In der Psychotherapieforschung wird inzwischen postuliert, dass neben verfahrensspezifischen Wirkfaktoren, wie sie bei methoden- und störungsspezifischen Techniken zu finden sind (z.B. Konfrontationsübungen, kognitive Umstrukturierung), auch *unspezifische* Faktoren (*common factors*) zur Erklärung von Therapieerfolgen beitragen. Metaanalysen von Psychotherapie-Vergleichsstudien (z.B. Grissom, 1996; Luborsky et al., 2003; Wampold et al., 1997) über verschiedene Störungsbilder und Ergebnisvariablen finden mit Effektstärken zwischen 0.18 und 0.23 nur kleine Unterschiede in der Wirksamkeit verschiedener Psychotherapiemethoden. Auch bei Untersuchungen bei einzelnen Störungen, wie beispielsweise bei Depressiven Störungen, zeigen Metaanalysen nur geringe Abweichungen in der Wirkung verschiedener Psychotherapieansätze (Cuijpers et al., 2011; Cuijpers et al., 2012; Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008; Wampold, Minami, Baskin & Callen Tierney, 2002). Wampold et al. (2002) beispielsweise verglichen in ihrer Metaanalyse die *Kognitive Therapie* für Depressionen mit anderen Therapien und hielten fest, dass die Resultate nicht für eine Überlegenheit dieser viel untersuchten Therapieform sprechen. Der „Papst der

Metaanalysen“ Pim Cuijpers berichtet von Effektstärkendifferenzen von 0.15 bei *Kognitiver Verhaltenstherapie* vs. *psychodynamischer Kurzzeittherapie* und -0.12 bei *Kognitiver Verhaltenstherapie* vs. *IPT* (Cuijpers et al., 2008) bei Depressionen. Wenn Unterschiede gefunden wurden, waren diese meist klein und instabil (Luborsky, 1995; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Shadish & Sweeney, 1991; Stiles, Shapiro & Elliott, 1986). In der Literatur lässt sich als Äquivalenzparadoxon der Psychotherapie der Begriff des *Dodo-Verdikts* finden. Dieses Verdikt, benannt nach dem Dodo-Vogel im Märchen Alice im Wunderland (Carroll, 1962) über den Ausgang eines Wettrennens („*Everybody has won and all must have prizes*“), ist zur vielzitierten Metapher in der Psychotherapieforschung geworden. Dass die verschiedenen Psychotherapieformen nur geringe Unterschiede im *Outcome* aufweisen, spricht eher gegen die Steigerung der Wirksamkeit durch spezifische Interventionen. Der *Dodo-Bird-Effekt* wird jedoch von einigen Psychotherapieforschern kritisiert, die darauf verweisen, dass bei einzelnen Störungen regelmässig klare Wirksamkeitsunterschiede zwischen verschiedenen Psychotherapiemethoden erkennbar sind und es davon abhängt, welche Störung betrachtet wird (z.B. DeRubeis, Brotman & Gibbons, 2005; Hofmann & Smits, 2008; Tolin, 2010). Tolin (2010) schreibt, dass der Unterschied für verschiedene Störungen unterschiedlich hoch ist, bei Depressionen liegen die Unterschiede im mittleren Bereich ($d = 0.20$). Auch Kriston, von Wolff, Westphal, Hölzel und Härter (2014) finden in ihrer Netzwerkanalyse Unterschiede in evidenzbasierten pharmakologischen, psychotherapeutischen und kombinierten Behandlungen für persistierende Depressive Störungen. DeRubeis et al. (2005) berichten von einer Überlegenheit bestimmter Psychotherapiemethoden, wie beispielsweise Exposition mit Reaktionsverhinderung bei Phobien, Panikstörungen oder Zwangsstörungen. Die Arbeitsgruppe um Cuijpers, die viel zu diesem Thema geforscht hat, sagt, dass wir nicht abschliessend sagen können, ob alle Psychotherapien gleich wirksam sind, denn es gäbe zu wenig gute Studien dazu. Das

Hauptproblem sei zu wenig Power für genug grosse Effektstärken wegen zu kleiner Stichproben. Für Depressionen gibt es am meisten Hinweise, dass die überprüften Psychotherapien gleich wirksam sind; ob das für alle Störungen der Fall ist, ist unklar. Es herrscht also Konsens darüber, dass Psychotherapie wirkt, jedoch Dissens darüber, ob bestimmte Psychotherapiemethoden besser wirken als andere und Unklarheit *was* wirkt.

Dabei kommt die Frage der Wirkmechanismen auf. Grawe (1997, 2004) definierte, ausgehend von einer wissenschaftlich basierten Metatheorie (Orlinsky, 2009), fünf schulenübergreifende unspezifische Wirkfaktoren (*therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung, Problembewältigung*), welche in zahlreichen Studien bestätigt wurden (Gassmann & Grawe, 2006; Grawe, 2000; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Smith, Regli & Grawe, 1999). Der Wirkfaktor *therapeutische Beziehung* ist der am besten abgesicherte allgemeine Wirkfaktor (z.B. Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004) und in der S3-Leitlinie für Depressionen wird empfohlen, in jeder psychotherapeutischen Intervention auf deren Entwicklung und Aufrechterhaltung zu achten.

Obwohl die Studienlage eher für unspezifische allgemeine Wirkfaktoren spricht (*Dodo-Bird, common factors model*), fanden Schramm et al. (2011) beispielsweise, dass das *CBASP* bei chronisch depressiven Patienten (bei ca. 80% liessen sich frühkindliche Traumatisierungen diagnostizieren) signifikant wirksamer ist als die *IPT* (*Response rates: CBASP = 64%, IPT = 27%*). Dem *CBASP* liegen möglicherweise spezielle Techniken zugrunde, die beispielsweise die Verarbeitung von Traumata fördern (Nemeroff et al., 2003). So wird beispielsweise bei der *Interpersonellen Diskriminationsübung (IDÜ)* versucht, frühes Trauma zu heilen, indem der Therapeut systematisch der missbräuchlichen Bezugsperson gegenübergestellt wird (Schramm, Schweiger, Hohagen & Berger, 2006) und von Anfang an zum *safety stimulus* für den Patienten wird. Einschränkend ist zu erwähnen, dass es sich

hierbei um eine Pilotstudie handelt. Auch Michalak, Schultze, Heidenreich und Schramm (2015) finden in ihrer randomisierten kontrollierten Studie bei chronisch depressiven Patienten, dass *CBASP* signifikant wirksamer depressive Symptome verringert als eine Standardbehandlung. Die Autoren diskutieren, dass dieses differenzielle Ansprechen u.a. daran liegen könnte, dass im *CBASP* ein aktiverer problemlöse- und interpersoneller Fokus zur Anwendung kommt.

Die Frage der in der Psychotherapie zugrundeliegenden Prozesse bei Depressiven Störungen ist komplex und nicht einfach zu beantworten. Die Gegenüberstellung der beiden gegensätzlichen Annahmen über Wirkfaktoren der Psychotherapie (*spezifisches Wirkmodell* vs. *Modell allgemeiner Wirkfaktoren*) ist aus konzeptioneller Sicht wahrscheinlich falsch. Allgemeine Wirkfaktoren beziehen sich auf verschiedene Ebenen des Psychotherapieprozesses (Beziehungsebene, intrapersonelle Ebene des Patienten), während sich spezifische Psychotherapietechniken auf die Handlungsebene beziehen. Dies impliziert, dass allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken keinen Gegensatz darstellen, sondern zusammenwirken. Allgemeine Wirkfaktoren repräsentieren übergeordnete therapeutische Strategien, die über verschiedene technische „Taktiken“ umgesetzt werden können (Castonguay & Beutler, 2006; Goldfried 1980). So wird beispielsweise die Therapieallianz nach Bordin (1979) durch die therapeutischen Aufgaben und Ziele geprägt. Somit handelt es sich also nicht um eine entweder oder Frage, sondern darum, welche allgemeinen Wirkfaktoren im Zusammenspiel mit welchen Techniken welche Wirkungen erzielen. Wichtig ist an dieser Stelle festzuhalten, dass allgemeine Wirkfaktoren offenbar störungsübergreifende Effekte haben, was für die nachfolgenden Überlegungen, wie den transdiagnostischen Ansatz, wichtig ist. Zunächst wird aber nochmals genauer auf die existierenden störungsspezifischen Ansätze und deren Begrenzungen Bezug genommen.

Störungsspezifische Ansätze bei Depressionen und deren Limitationen.

Obwohl die oben genannten Verfahren (*CBASP*, *IPT*, *KVT*) Wirksamkeit in einigen Studien gezeigt haben (Cuijpers et al., 2008, 2015; Hofmann & Smits, 2008) und die Erforschung der Behandlungsmöglichkeiten in den vergangenen Jahren deutliche Fortschritte gemacht hat, besteht Optimierungspotenzial (z.B. Jacobi et al., 2014). So erreicht ein grosser Anteil von Patienten auch unter störungsspezifischer Behandlung keine *Response* (50%) oder volle *Remission* (60-70%) (Berlim & Turecki, 2007; DeRubeis, Siegle & Hollon 2008; Holtzheimer & Mayberg, 2011). Zentrale Gründe für die individuelle *Non-Response* und *Non-Remission* sind einerseits die oben beschriebenen hohen Komorbiditätsraten und andererseits die grosse inter-individuelle Heterogenität von Ätiologiefaktoren und psychopathologischen Ausformungen von Depressionen. Barlow, Bullis, Comer und Ametaj (2013) beschreiben in ihrem Übersichtsartikel die Entwicklung im Feld der klinischen Wissenschaft während der letzten 50 Jahren und erwähnen Herausforderungen, die zukünftig angegangen werden müssen. Dazu gehört beispielsweise die Wirksamkeit der Behandlungen zu verbessern, indem Komorbiditäten berücksichtigt werden, und die Behandlungen im Sinne einer *personalized medicine* flexibler auf den Individualfall zuzuschneiden (Brown & Barlow, 2009). Wong, Yocca, Smith und Lee (2010) kritisieren, dass die Selektion von wirksamen Behandlungsstrategien erschwert wird durch eine künstliche Gruppierung von heterogenen Syndromen mit unterschiedlichen zugrundeliegenden psychopathologischen Mechanismen oder Funktionsstörungen, welche, wie weiter oben schon erwähnt, alle zu einer Störung zusammengefasst werden. Störungsspezifische Herangehensweisen berücksichtigen keine manifesten Komorbiditäten oder andere subklinischen Funktionsstörungen z.B. mangelnde Empathie, Emotionsregulation, etc., die die Primärdiagnose begleiten. Die diagnostischen Entitäten stellen somit oftmals ungenügende Behandlungsziele dar.

Eine weitere Limitation von störungsspezifischen Ansätzen ergibt sich aus dem Implementierungsaspekt (Schmahl & Bohus, 2013). So kann jeder Therapeut aus offensichtlichen Gründen nur eine begrenzte Anzahl an störungsspezifischen Ansätzen erlernen. Für jedes Störungsbild ein Behandlungsverfahren zu erlernen, erscheint schlicht unmöglich. Ein verantwortungsvoller Praktiker, der evidenzbasiert und leitliniengerecht seine Patienten behandeln möchte, erfährt Schwierigkeiten in der Umsetzung dieses Ziels im klinischen Alltag (z.B. Currin et al., 2007), weil er angesichts der Anzahl von Diagnosen in der ICD 10 über 100 störungsspezifische Behandlungskonzepte erlernen müsste. In der täglichen Praxis unterliegt es der klinischen Beurteilung und der Erfahrung des Therapeuten, die individuellen Bedürfnisse der Patienten zu berücksichtigen und abzudecken, indem zusätzliche therapeutische Strategien und Interventionen hinzugefügt werden. Die Auswahl der *add-on-Elemente* ist jedoch nicht empirisch gestützt und deswegen kaum systematisch übertragbar in die klinische Praxis. Die sorgfältige Auswahl der für den Individualfall günstigsten Behandlung ist von grosser Bedeutung, um den Therapieerfolg zu optimieren und damit höhere Nachhaltigkeit zu begünstigen.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass Patienten mit schweren, komplexen und komorbiden Depressionen eine Herausforderung für die Behandlung darstellen, störungsspezifische Ansätze an ihre Grenzen stossen und Optimierungsbedarf besteht. Deshalb erfahren störungsspezifische Ansätze momentan einen Wandel in Richtung eines Mechanismen-basierten Ansatzes, der auch in der Therapie berücksichtigt werden soll.

Mechanismen-basierter Ansatz bei psychischen Störungen

Die erwähnten hohen Komorbiditätsraten, die Veränderung von Symptomen über längere Zeit von einer Störung zu einer anderen sowie gemeinsame genetische, familiäre und umgebungsbedingte Risikofaktoren (z.B. Kessler et al., 2005) haben zu einem Umdenken geführt, wie psychische Störungen verstanden und konzeptualisiert werden. Durch die oben

beschriebenen Limitationen in der störungsspezifischen Behandlung von Depressiven Störungen, wächst die Einigung darüber, dass ein neuer Ansatz notwendig ist, wie Depressionen und andere psychische Störungen klassifiziert, formuliert, behandelt und verhindert werden (Barlow et al., 2013; Bohus, Herpertz & Falkai, 2012; Insel & Cuthbert, 2015). Eine Verschiebung weg von *störungsspezifischen* hin zu *störungsübergreifenden* Erklärungen und Behandlungen (Newby, McKinnon, Kyken, Gilbody & Dalgleish, 2015) wird diskutiert. Belhadj Kouider und Petermann (2015) und auch Krueger und Eaton (2015) betonen, dass störungsspezifische Ätiologie- oder Behandlungsmodelle oft nicht ausreichen, um der Komplexität psychischer Erkrankungen gerecht zu werden. Hershenberg und Goldfried (2015) schreiben, dass sich die Konzeptualisierung, wie psychische Störungen verstanden werden, dahingehend ändert, dass diesen neuropsychologische Funktionsstörungen im Sinne *transdiagnostischer Ätiologiefaktoren* zugrunde liegen. Diese Perspektive verweist auf gemeinsame Ursachen von psychischen Störungen und nimmt an, dass gewisse *Funktionsstörungen* in einer breiten Auswahl von verschiedenen psychischen Störungen auftreten (zur Übersicht siehe Clark & Taylor, 2009; Dozois et al., 2009). Bohus et al. (2012) nennen beispielsweise *Emotionsregulation, kognitive Prozessierung, soziale Interaktion*, etc. als störungsübergreifende Mechanismen, deren Dysfunktion den psychischen Störungen zugrunde liegen und die Psychopathologie begleiten.

Der transdiagnostische Ansatz fokussiert darauf, die gemeinsamen, zentralen maladaptiven psychologischen, kognitiven, emotionalen, interpersonellen und verhaltensbezogenen Prozesse, die eine grosse Palette von diagnostischen Ausformungen unterstützen, zu identifizieren (Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004) und auf diese in der Behandlung abzielen (Barlow, Allen & Choate, 2004). Transdiagnostische oder einheitliche Behandlungen verwenden dieselben zugrundeliegenden Behandlungsprinzipien

über alle psychischen Störungen hinweg, ohne dabei das Vorgehen auf eine bestimmte Störung zuzuschneiden.

Der transdiagnostische Ansatz ist kompatibel mit dem vom *U.S. National Institute of Mental Health (NIMH)* hervorgebrachten *Research Domain Criteria (RDoC)*-System, welches 2010 in einer Gruppe um Thomas Insel, dem damaligen Direktor des *NIMH*, als Alternative zum DSM (APA, 2013) oder dem ICD (Weltgesundheitsorganisation, 2008) entwickelt wurde. Cuthbert, der Koordinator der *RDoC* Arbeitsgruppe, sagt, die *RDoC*-Initiative fokussiere auf ein eher biologisches Verständnis psychischer Störungen und ziele darauf ab, die gemeinsamen zugrundeliegenden Mechanismen oder Funktionsstörungen, die sich bei mehreren psychischen Störungen überschneidend finden lassen, zur Erklärung menschlichen Verhaltens und Funktionierens zu identifizieren (*transdiagnostisch*).

Kerngedanke des *RDoC*-Systems ist also die Hypothese, dass Kernsymptome psychiatrischer Erkrankungen, wie beispielsweise eine Störung der Impulsivität oder von kognitiven Funktionen, auf der Störung distinkter neurobiologischer Mechanismen beruhen, die – unabhängig von der traditionellen klinischen Diagnose – eine kausale Rolle für die Symptomentstehung spielen. Dieser integrative Ansatz schlägt mit seinen Alternativkriterien also einen Paradigmenwechsel vor, weg von einem *kategorialen*, hin zu einem *dimensionalen* und *psychobiologischen* Verständnis psychischer Störungen (Insel & Cuthbert, 2015).

Nebenbei ist zu erwähnen, dass diese Sichtweise u.a. auch erklärt, warum psychopharmakologische Wirkstoffe oft für mehrere vermeintlich unterschiedliche Zustände und Störungsbilder wirksam sind. So sind beispielsweise *SSRIs* indiziert bei Depressionen, aber auch bei Angststörungen, Zwangsstörungen, Essstörungen, etc..

Die Arbeitsgruppe um Insel und Cuthbert argumentiert, dass die Diagnosen des DSMs zu vage und mangelhaft seien, weswegen eine hirnbasierte Forschung vielversprechend für ein präziseres wissenschaftlicheres Verständnis psychischer Krankheiten sei. So sind die

Symptome einer Depression, wie depressive Verstimmung, Suizidalität, Veränderungen in Appetit, Schlaf und Energie, etc., von mangelnder Spezifität gekennzeichnet. Eine auf den *RDoC*-Kriterien basierende neurobiologische Forschung im Bereich psychiatrischer Erkrankungen würde somit erstmals die Chance eröffnen, jene relevanten neurobiologischen Mechanismen zu identifizieren, welche den Kernsymptomen psychiatrischer Erkrankungen zugrunde liegen und dementsprechend die Entwicklung kausaler Therapiestrategien zu unterstützen. Der Fokus des *NIMH* verschob sich infolgedessen zunehmend in Richtung neurowissenschaftlicher Forschung, um biologische Marker zur Erklärungen psychischer Störungen zu finden.

Neurowissenschaft in der Psychiatrie.

In den letzten Jahren machte die Forschung, motiviert durch die oben beschriebenen Überlegungen, grosse Fortschritte, neurobiologische Vorgänge und Umstrukturierungsprozess im Gehirn, die dem menschlichen Verhalten zugrunde liegen, zu erforschen. Dabei kommt der neuronalen Plastizität, der Fähigkeit des Gehirns, sich lebenslang zu verändern, eine zentrale Rolle zu. Rückschliessend darauf wird psychotherapeutischen Interventionen der Effekt zugesprochen, im Gehirn ablaufende neurobiologische Prozesse und Strukturen zu verändern. Experimentelle Psychotherapieforschung (z.B. Neuropsychologie) untersucht mit bildgebenden Verfahren Wirksamkeit und Wirkweise von definierten therapeutischen Interventionen (Bohus, Doering, Schmitz, Herpertz & Leitlinien-Kommission Persönlichkeitsstörungen, 2009; Bohus, Mauchnik & Schmahl, 2009). Die den Störungen zugrundeliegenden negativen Hirnveränderungen sollen diagnostische Erkenntnisse liefern, um daraus resultierend therapeutische Interventionen entwickeln zu können. Neurologische Korrelate im Gehirn (z.B. reduziertes hippocampales Volumen, Amygdala-Hypersensitivität) und damit verbundene Psychopathologien wie Depressionen, Angststörungen oder Konsumstörungen

sind beispielsweise eher zu beobachten bei Personen mit frühkindlichen Traumatisierungserfahrungen (Teicher & Samson, 2013), was ein genereller Risikofaktor zur Entwicklung von Psychopathologien darstellt. Die Psychotherapie kann sich also die Plastizität des Gehirns zu Nutze machen, indem spezifisch neuronale Kreisläufe verändert und als Konsequenz auch krankmachende Gedanken und Verhalten (Crocker et al., 2013; Insel & Cuthbert, 2015) beeinflusst werden. Dabei ist entscheidend herauszufinden, welche Funktionsstörungen sich auch neuronal finden lassen und durch welche Interventionen diese möglichst dauerhaft korrigiert und verändert werden können.

Die neurowissenschaftlichen Entwicklungen werden jedoch noch Jahrzehnte brauchen, bis die neuronalen Befunde in hilfreiche menschliche Behandlungen umgesetzt werden können. Ob die neurowissenschaftlichen *Targets* schlussendlich nachweislich hilfreicher sein werden als die DSM- und ICD-Diagnosen wissen wir nicht. Obwohl die heute gültigen Klassifikationssysteme vielleicht lückenhaft sind, liefern sie dennoch klinisch hilfreiche und erkennbare Behandlungsziele.

Aus den oben beschriebenen Erkenntnissen scheint also ein Umdenken im Verständnis der Psychiatrie und Psychotherapie in Richtung eines integrativen, modularen Vorgehens als Brückenschlag zwischen störungsspezifischen Psychotherapien und individualisierten transdiagnostischen Therapieansätzen vielversprechend.

Was ist Modulare Psychotherapie?

Bohus et al. (2012) beschreiben *Modulare Psychotherapie* wie folgt:

Dabei ist Modulare Psychotherapie keine neue Schule, sondern ein duales Organisationsprinzip: Einerseits eine pragmatische Gliederung der derzeit etablierten therapeutischen Strategien und Interventionen und andererseits eine Handreichung in Form von Heuristiken, die vorgibt, welche dieser Strategien im Einzelfall zur Anwendung kommen sollten. Die Modulare Psychotherapie

erhebt folgerichtig den Anspruch, die Enge der therapeutischen Schulen zu verlassen und den Redundanzen der störungsspezifischen Konzepte einen entsprechenden Rahmen zu geben. (Bohus et al., 2012, S.1)

Die Autoren verstehen darunter also eine *moderne* Psychotherapie, die dadurch charakterisiert ist, dass störungsspezifische psychotherapeutische Programme als eine Ansammlung therapeutischer Methoden und Techniken entsprechend vorgegebener Regeln angewendet werden. Sie basiert auf wissenschaftlich evaluierten Manualen, welche einerseits die Charakteristika des jeweiligen Störungsbildes und andererseits das individuelle Erleben und Verhalten des jeweils betroffenen Patienten sowie dessen spezifische psychosoziale Bedingungen berücksichtigt. Somit erlaubt Modulare Psychotherapie eine grössere Flexibilität, interindividuelle Unterschiede zu berücksichtigen (Weisz et al., 2012), indem die Module kombiniert und auf die Psychopathologie und gestörten Mechanismen, respektive auf den individuellen Patienten zugeschnitten werden können. Während Bohus mehr den schulübergreifenden Aspekt betont, schreiben Chorpita, Daleiden und Weisz (2005), dass modulare psychotherapeutische Ansätze unabhängige Funktionseinheiten (Module) beinhalten, die mit anderen Einheiten zwar verbunden sind, jedoch für ihr eigenes Funktionieren nicht von den anderen Einheiten abhängen. Zunächst soll die Konzeption der Arbeitsgruppe von Bohus erläutert werden, wobei jedoch angemerkt werden muss, dass es sich hierbei lediglich um ein Modell handelt, welches nicht überprüft ist. Dennoch trägt es zum besseren Verständnis Modularer Psychotherapie bei.

Schmahl und Bohus (2013) schlagen sechs Kategorien innerhalb der Modularen Psychotherapie vor: *Theoretische Grundlagen, therapeutische Basiskompetenzen*, (z.B. motivationsfördernde Interventionen, Beziehungsgestaltung, diagnostische Methodik), *allgemeine/ unspezifische therapeutische Interventionen* (z.B. veränderungsorientierte-,

akzeptanzorientierte Interventionen), *störungsspezifische Kompetenzen* (z.B. Exposition mit Reaktionsverhinderung), *Behandlungsheurismen* (z.B. anhand von Entscheidungsbäumen) und *evaluative Kompetenzen* (z.B. Monitoring über Verlauf und Ergebnis). Nachfolgend sollen diese Kategorien näher erläutert werden.

Modulare Psychotherapie sieht psychotherapeutische Veränderungen primär im Sinne von gezieltem und gesteuertem, emotionalem Lernen. Sie basiert auf *theoretischen Grundlagen*, welche sich am gegenwärtigen Wissensstand bezüglich Entwicklung, Aufrechterhaltung und Therapie psychischer Störungen orientieren. Zunächst einmal berücksichtigt das modulare Baukastensystem also *allgemeine Grundfertigkeiten* oder *Basiskompetenzen* zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung zur Erstellung einer Fallkonzeption und damit zur Nutzung allgemeiner Wirkfaktoren. Mit *Basiskompetenzen* sind solche grundlegenden therapeutischen Fähigkeiten gemeint, die, unabhängig von der angewandten Intervention, den individuellen Patientenmerkmalen oder vom Störungsbild, den psychotherapeutischen Prozess prägen. Zu diesen Basismodulen gehören weitere, in allen Psychotherapien regelhaft zur Anwendung kommende Techniken des Motivationsaufbaus, der Problemaktualisierung und Ressourcennutzung, etc. Die richtige Anwendung solcher *Basiskompetenzen* wirkt sich in hohem Masse auf die Qualität der therapeutischen Beziehung aus, die sich als wichtigster unspezifischer Wirkfaktor im Therapieoutcome erwiesen hat (z.B. Lambert & Ogles, 2004). Das modulare System besteht im weiteren aus *allgemeinen, unspezifischen Interventionen*, wie u.a. Techniken der kognitiven Umstrukturierung, des Problemlösetrainings, der Achtsamkeitsfokussierung, des Kontingenzmanagements oder auch der Klärung und Konfrontation, die in vielen störungsspezifischen Manualen enthalten sind. Damit finden sie diagnoseübergreifend häufig Anwendung und werden transdiagnostisch eingesetzt. Schliesslich sind im modularen Baukastensystem auch *spezifische Techniken* enthalten, die gewöhnlich bei ganz spezifischen Störungen zum Einsatz kommen, z.B.

Exposition mit Reaktionsverhinderung oder antidissoziative Techniken. Anhand von dynamisch hierarchisierten Entscheidungsbäumen kann festgelegt werden, welche Interventionen bei welchem Störungsbild und bei welchem Patienten zu welchem Zeitpunkt angewendet werden. Mit diesen *Behandlungsheurismen* können auch komplexe, komorbide Störungsbilder in der Einzeltherapie oder im Team behandelt werden. Bei der Entwicklung dieser Behandlungsheurismen werden verschiedene Parameter berücksichtigt: Allgemeine Regeln und Grundlagen, störungsspezifische-, patientenspezifische-, soziale- und settingspezifische Parameter. Psychotherapieplanung und –durchführung werden durch komplexe, vernetzte, dynamische und oft intransparente Prozesse erschwert. Durch zirkulär ablaufende *evaluative Prozesse* kann dem erfolgreich entgegengesteuert werden: Hypothesenbildung, Umsetzung der Hypothesen, Überprüfung der Wirkung, Angleichung bzw. Revision der Hypothesen, Monitoring über Verlauf, Prozess und Ergebnis. Die Wirkungsüberprüfung erfolgt nicht nur durch die Post-Messung, sondern ist immanenter Bestandteil schon vor und während der Psychotherapie (z.B. durch Einsatz von Fragebögen).

Bzgl. Bohus und der Arbeitsgruppe um Chorpita und Weisz ist anzumerken, dass Bohus' Modell bisher nicht überprüft wurde, während Chorpita und Weisz schon grössere Studien durchgeführt haben (siehe *Bisherige Arbeiten zu Modularer Psychotherapie*). Die beiden Konzeptionen widersprechen sich nicht. Jedoch betonen Chorpita und Weisz mehr die funktionelle Unabhängigkeit der Module und die individuelle Zusammensetzung der störungsspezifischen Techniken, i.S.v. jedes Modul zielt ein spezifisches *Target* ab und dessen Funktionieren hängt nicht von anderen zur Anwendung kommenden Modulen ab. Sie beschreiben einen klaren Algorithmus, der bei Bohus' Modell so nicht gefunden werden kann. Bohus betont, zusätzlich zu den störungsspezifischen Techniken, mehr schulenübergreifende, unspezifische Basiskompetenzen und bezieht sich auf Heurismen. Die beiden Ansätze sind also nicht komplett deckungsgleich, ergänzen sich aber gut. Bei beiden

fokussiert die Modulare Psychotherapie auf gemeinsame Funktionsstörungen und soll transdiagnostische Fertigkeiten stärken (z.B. verbesserte Fähigkeiten zur Emotionsregulation, soziale Kompetenz, Empathie), die hoch relevant scheinen für das Behandlungsergebnis. Vor allem beim Vorliegen von Komorbiditäten kann die Modulare Psychotherapie störungsspezifische Vorgehen ergänzen (Hofmann, Fehlinger, Stenzel & Rief, 2013; Stenzel, Krumm, Hartwich-Tersek, Beisel & Rief, 2013) und die Behandlung optimieren. Modulare Psychotherapie gründet sich also häufig über die rein kategoriale Diagnostik hinaus auf eine genaue Funktionsdiagnostik sowie eine Operationalisierung von psychotherapeutischen Techniken auf mikrosequenzieller Ebene (Schmahl & Bohus, 2013). Dabei ist zu erwähnen, dass das modulare Prinzip und der transdiagnostische Ansatz nicht das gleiche sind. Die Modulare Psychotherapie fokussiert auf funktionelle Domänen (Funktionsstörungen), die über verschiedene Störungen hinweg in ähnlicher Weise zu finden sind. Sie arbeitet also schulenübergreifend, transdiagnostisch, berücksichtigt jedoch störungsspezifische Behandlungsheuristiken. Der Begriff *transdiagnostisch* wird in der Literatur nicht einheitlich verwendet und wird oft in Verbindung mit neuropsychologischen Mechanismen gleichgesetzt. Hier soll darunter *störungsübergreifend* verstanden werden. Nachfolgend werden diese Überlegungen zur Modularen Psychotherapie anhand eines Beispiels veranschaulicht.

Ein Beispiel Modularer Psychotherapie.

Bohus et al. (2012) beschreiben als Musterbeispiel von Modularer Psychotherapie die *Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)* nach Linehan (1993). Die *DBT*, ursprünglich entwickelt für die Behandlung suizidaler Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, generiert keine neuen Interventionen, sondern zieht eine Vielzahl therapeutischer Interventionen aus verschiedenen Schulen heran und definiert im Sinne eines Entscheidungsalgorithmus', welche Interventionen wann und unter welchen Bedingungen

eingesetzt werden sollen. Zur Auswahl und Zusammensetzung der Module wird im Kapitel *Entscheidung zur Auswahl und Sequenz der Module* genauer Stellung genommen. Dieser modulare Aufbau ermöglicht eine simple und klare Adaption eines Standardprogrammes an verschiedene psychische Störungen, die mit Fehlfunktionen der Emotionsregulation einhergehen, wie beispielsweise Essstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) oder die Antisozialen Persönlichkeitsstörungen (Dimeff & Koerner, 2007). Zeichnet sich z.B. eine Patientin, gleich ob sie die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer Depression erfüllt, durch eine bedeutsame Störung der Emotionsregulation aus, so böte sich diese als das primäre *Target* an, das z.B. zur Auswahl des Trainings spezifischer Skills führt (für Depressionen nachzulesen bei Ehret, Kowalsky, Rief, Hiller & Berking, 2014). Es könnte als nächstes *Target* eine Hypervigilanz gegenüber negativen sozialen Reizen folgen, was beispielsweise die Wahl aufmerksamkeitszentrierter Techniken zur Folge hätte. Thompson-Hollands, Sauer-Zavala und Barlow (2014) schreiben, in der Psychotherapie an störungsübergreifenden Mechanismen (z.B. Emotionsregulation) anzusetzen, die für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer grossen Vielfalt von psychopathologischen Symptomen verantwortlich sind, sei effizienter als die einzelnen Symptome der Störung anzugehen. So scheint beispielsweise Emotionsregulation ein zentrales *Target* darzustellen, das die Verbesserung depressiver Symptome beeinflusst (Fehlinger, Stumpenhorst, Stenzel & Rief, 2013).

Nachfolgend soll beschrieben werden, wie die Module ausgewählt und zusammengesetzt werden können.

Entscheidung zur Auswahl und Sequenz der Module.

Die Module werden abhängig von den Problembereichen (z.B. Schwierigkeiten in der Emotionsregulation), seltener von den Symptomen abhängig ausgewählt. Die konkreten

Entscheidungen zur Auswahl und Sequenz der Module können auf klinischen Flussdiagrammen (Ng & Weisz, 2016) bzw. Behandlungsheurismen (Bohus et al., 2012) beruhen. Dabei können Module einmal oder mehrfach in Therapien eingebracht werden und die Modulauswahl erfolgt nicht nur anhand der primären Diagnostik, sondern auch adaptiv im Therapieverlauf abhängig vom Ansprechen des Patienten auf spezifische Interventionen (Lei, Nahum-Shani, Lynch, Oslin & Murphy, 2012). Günstige und ungünstige Patientenreaktionen müssen daher während der ganzen Therapie begleitend miterhoben werden, was bei Bohus et al. (2012) unter *evaluativen Kompetenzen* verstanden wird. Im Forschungskontext bedient sich die Modulare Psychotherapie auch erster empirischer Erkenntnisse aus der Prädiktorenforschung (Was wirkt generell? Was wirkt bei welchem Patienten?). Daraus schlossen Norcross und Wampold (2011) aus Metaanalysen zu patientenbasierten Merkmalen, dass sich beispielsweise Reaktanz oder auch Copingstile zur Auswahl individueller Adaptionen im Therapieverlauf eignen. Zukünftig könnten die Entscheidungsbäume ihren Ursprung auch aus statistisch anspruchsvolleren Methoden haben: Durch sogenanntes *Data-Mining* soll die einschlägige Fachliteratur von randomisierten kontrollierten Studien über Prädiktoren bzgl. des Ansprechens auf Psychotherapie systematisch durchsucht werden und Informationen über das psychotherapeutische Vorgehen integriert werden. Aus diesen grossen Datenpools werden dann Algorithmen entwickelt, die Profile von häufig zur Anwendung gekommener Techniken in erfolgreichen Psychotherapien bei definierten Patientenpopulationen erstellen (Chorpita et al., 2013). Zukünftige Hoffnungen richten sich auch darauf, dass sich die Auswahl der Techniken nebst den beobachtbaren behavioralen Merkmalen auch an neurobiologischen Krankheitsmechanismen orientiert. Seien es solche, die beim konkreten Patienten (z.B. durch bildgebenden Verfahren) detektiert werden oder solche, die an spezifischen Subgruppen festgestellt werden, zu denen der konkrete Patient gehört. Weniger aufwendige Studiendesigns verwenden Module, deren

Auswahl a priori ohne die Möglichkeit der Adaptation an individuelle Patientenmerkmale und individuelle Behandlungsverläufe festgelegt wurde. Die Zusammensetzung der Module erfolgt in Hinblick auf typische Merkmale der Patientengruppe im Allgemeinen, z.B. spezifische Komorbidität bei Patienten mit depressiver Episode oder mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bohus et al., 2013), oder aufgrund spezifischer Funktionsstörungen. Dazu läuft momentan eine Untersuchung bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung (Herpertz, Matzke, Mancke & Hillmann, in Vorbereitung). Andere psychotherapeutische Methoden, die ursprünglich störungsspezifisch entwickelt wurden, werden inzwischen zu einer modularen Struktur weiterentwickelt und in der Anwendung auch für andere Patientengruppen empfohlen (z.B. Linehan & Wilks, 2015).

Es ist also festzuhalten, dass die Methodenauswahl und Sequenz der Module unterschiedlichen Ursprungs und unterschiedlicher Komplexität sein können: 1. Beobachtet im individuellen Therapieverlauf, 2. Beruhend auf Metaanalysen und *Data-Mining* zu Prädiktoren des Therapieoutcomes und 3. Abgeleitet aus neurobiologischen Mechanismen, die den Funktionsstörungen zugrunde liegen.

Vorteile Modularer Psychotherapie

Aus den bisher dargelegten Überlegungen lassen sich mehrere gute Gründe für die Modulare Psychotherapie und das Abzielen auf Funktionsstörungen statt auf diagnostische Kategorien erkennen. Die Effizienz und Wirksamkeit von Psychotherapie kann durch mehrere Aspekte erhöht werden.

Ein zentraler Vorteil besteht im schon erwähnten Implementierungsaspekt (Bohus et al., 2012): Die Therapeuten erlernen einen klar strukturierten Werkzeugkasten, der mit einigen Basisfertigkeiten, Interventionen und Heuristiken gefüllt ist. Die Psychotherapeuten sind angesichts einer ständig wachsenden Zahl von störungsspezifischen Psychotherapien mit dem Problem konfrontiert, den Anforderungen an eine evidenzbasierte Behandlung ihrer

Patienten nicht gerecht werden zu können. Wie weiter oben schon beschrieben, müsste für jedes Störungsbild ein Behandlungsverfahren erlernt werden, was gemäss Anzahl Diagnosen im ICD 10 das Erlernen von über 100 störungsspezifischen Behandlungskonzepten bedeuten würde. Die Masse an Neuentwicklungen dem klinisch tätigen Therapeuten zu vermitteln, ist in der Praxis schwierig umzusetzen. Daher bietet sich die Modulare Psychotherapie als Curriculum für die Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie an. So könnten von Anfang an wesentliche verfahrensübergreifende Basiskompetenzen, allgemeine, unspezifische psychotherapeutische Techniken bzw. Interventionen einschliesslich Heuristiken zu deren Auswahl vermittelt werden. Aufbauend auf den gewonnenen Kompetenzen in Standardtechniken der Psychotherapie können einige ausgesuchte evidenzbasierte psychotherapeutische Methoden für Störungen mit hoher Prävalenz (z.B. Depressive Störungen) erlernt werden. Psychotherapeuten werden so schnittstellenfähig. Sie können ihr Repertoire um die Neuerungen (v.a. aus der experimentellen Neuropsychologie kommend) vielleicht rascher und unkomplizierter erweitern und werden dem zunehmenden Anspruch der Medizin an eine individuelle Therapie eher gerecht. Es muss jedoch angemerkt werden, dass auch hier viele Module erlernt werden müssen. Die Auszubildenden sollen auch die Voraussetzungen zur psychotherapeutischen Tätigkeit in Richtlinienverfahren erwerben. Schmahl und Bohus (2013) betonen, dass das Curriculum für Modulare Psychotherapie die Voraussetzungen für die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie nicht gefährdet, was auch für die Ausbildung in Psychotherapie von Relevanz ist. So setzte die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) 2011 eine Expertenkommission ein, die, basierend auf der internationalen Literatur, eine umfassende Neukonzeptualisierung der Psychotherapie fordert. Die vorher beschriebenen Forschungsansätze berücksichtigend, empfiehlt die Expertenkommission die Entwicklung eines modularen Organisationsprinzips.

Ein weiterer grosser Vorteil wurde bereits erwähnt: Die Möglichkeit, Komorbiditäten zu berücksichtigen, da auf definierte Funktionsstörungen, die sich quer über die verschiedenen psychischen Störungen hinweg finden lassen, abgezielt wird. Im klinischen Alltag sind Komorbiditäten häufig und die Störungen komplexer als bei den selektierten Stichproben der randomisierten kontrollierten Studien, weswegen die störungsspezifischen Ansätze nicht ausreichen und damit möglicherweise weniger wirksam sind.

Modulare Psychotherapie erlaubt eine grössere Flexibilität, inter-individuellen Unterschieden (Weisz et al., 2012) gerecht zu werden. Die Module können kombiniert und auf die spezifische Psychopathologie (Komplexität, Komorbidität, Chronifizierungsgrad), sowie auf gestörte Mechanismen und somit auf den individuellen Patienten besser zugeschnitten werden. So wird der psychotherapeutische Prozess empfänglicher und klinisch relevant, da Verschleiss reduziert und das Engagement der Patienten erhöht wird, da sie sich mit der Therapie besser identifizieren können.

Auf Stationen, wo Patienten mit verschiedenen Störungsbildern behandelt werden und beispielsweise aufgrund einer nicht ausreichend hohen Anzahl von Patienten mit homogenen Diagnosen kein rein störungsspezifisches Gruppenprogramm durchgeführt werden kann, bietet sich ein Gruppenangebot nach dem modularen Organisationsprinzip an. Indem die eigenständigen funktionellen Einheiten (*Module*) vielfältig kombiniert werden können, wird eine grössere Anzahl an Patienten erreicht. Durch die Eigenständigkeit der Module können die Patienten ausserdem innert kürzerer Zeit in die Gruppe einsteigen und müssen nicht auf den Beginn eines neuen Zyklus warten, was wiederum die Effizienz der Behandlung erhöht.

Hohagen und Lotz-Rambaldi (2012) schreiben, dass auch neu entwickelte Psychotherapiemethoden wie *CBASP*, *DBT* oder *Schematherapie* sich immer weniger einem einzigen Therapieverfahren zuordnen lassen, sondern Anleihen aus verschiedenen Theorien

und psychotherapeutischen Denkschulen nehmen, sodass generell von einem Trend hin zu einem dimensionalen, transdiagnostischen Denken gesprochen werden kann.

Diese Ansätze bilden ausserdem den derzeitigen Forschungs- und Erkenntnisstand (z.B. der Neuropsychologie) ab. Sie sind kompatibel mit der *RDoC*-Initiative des *NIMH*, welche, trotz der beschriebenen Einschränkungen, die führenden Forschungstargets zur Detektion von Krankheitsmechanismen darstellen. Modulare Psychotherapie ist also zu neurobiologisch fundierten Therapiemodellen anschlussfähig.

Aus den dargestellten Erkenntnissen kann festgehalten werden, dass die Bewegung weg vom Einzel-Diagnose-Ansatz hin zu einer dimensionalen, transdiagnostischen und daraus ableitend einer modular-basierten Konzeptualisierung ein bedeutender und vielversprechender Paradigmenwechsel repräsentiert (Craske, 2012; Insel & Cuthbert, 2015). Die Grenzen und möglichen Nachteile der Modularen Psychotherapie werden weiter unten diskutiert.

Erforschung von zugrundeliegenden Funktionsstörungen als Targets Modularer Psychotherapie

Um dem von der *RDoC*-Initiative vorgeschlagenen Paradigmenwechsel gerecht zu werden, müssen die zugrundeliegenden Funktionsstörungen psychischer Erkrankungen erforscht werden. In der Literatur finden sich verschiedene Begrifflichkeiten wie *Funktionsstörungen*, *Dysfunktionen*, *Krankheitsmechanismen* oder *Störungsmechanismen*, etc.. Nachfolgend wird der Einfachheit halber der Begriff *Funktionsstörungen* verwendet. Wie gesagt, ergab sich durch die experimental-psychopathologische und neurowissenschaftliche Forschung ein wichtiger Wegbereiter für die Weiterentwicklung der Modularen Psychotherapie. Sie liefert Aufschluss über die Funktionsstörungen, die zu den *Targets* umschriebener psychotherapeutischer Interventionen werden. So fokussiert beispielsweise die funktionelle Bildgebung gewöhnlich auf von der normalen neuronalen Aktivität abweichende Netzwerke,

die eher Funktionsstörungen als Störungen repräsentieren und als eine Art *Mediatoren* psychotherapeutischer Effekte aufgefasst werden können. Entsprechend mehren sich die Befunde, wie definierte Psychotherapiemethoden auf spezifische Hirnnetzwerke Einfluss nehmen. So konnten Schmitt, Winter, Niedtfeld, Herpertz und Schmahl (2016) kürzlich zeigen, dass Borderline-Patientinnen, die nach einem *DBT* entsprechenden Skills-Training signifikante klinische Besserung zeigten, bei Aufforderung zur kognitiven Neubewertung eine stärkere funktionelle Kopplung innerhalb des Emotionsregulationsnetzwerkes (d.h. zwischen präfrontalen und limbischen Regionen) aufweisen im Vergleich zu Patientinnen ohne klinische Besserung nach dem Skills-Training. Folgerichtig wäre die Integration eines Moduls der Kognitiven Umstrukturierung für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (und wahrscheinlich auch für andere Patientengruppen mit einer Emotionsregulationsstörung) hilfreich.

Die Konzeption, Subgruppen von Patienten anhand von gemeinsamen Funktionsstörungen zu identifizieren, die von spezifischen Therapiemodulen in besonderer Weise profitieren, wurde beispielsweise in der oben erwähnten Studie von Teicher und Samson (2013) in einem komplexen Forschungsdesign bei Patienten mit frühen Traumata in der Vorgeschichte geprüft. Anhand bildgebender Verfahren nutzten die Autoren neurologische Korrelate im Gehirn (z.B. reduziertes hippocampales Volumen, Amygdala-Hypersensitivität) zur Identifizierung der Funktionsstörungen, die bei Patienten mit frühen Traumatisierungen und damit verbundenen Psychopathologien wie Depressionen, Angststörungen oder Konsumstörungen zu finden sind. Bei Hassel, McKinnon, Cusi und Macqueen (2011) sind in einer Übersicht psychologische und neurobiologische Mechanismen, die durch frühe negative Erfahrungen das Risiko für Affektive Störungen erhöhen, nachzulesen. So nennen sie beispielsweise kognitive Funktionsstörungen, welche depressiven Symptome vorausgehen und bei Traumatisierungserfahrung verstärkt werden

können. Auch soziale Kognition, einschliesslich emotionale Wahrnehmung, *theory of mind* und Empathie seien psychologische Funktionen, die durch frühkindliche Traumatisierung negativ beeinflusst werden und die Anfälligkeit für Depressive Störungen erhöhen.

Auch schon einfachere, nicht bildgebende Methodik nutzende experimentelle Verhaltensstudien, die sich z.B. peripherer Physiologie und *eye-tracking* Techniken (Aufzeichnung von Augenbewegung und Analyse von Blickverhalten) bedienen, können Aufschluss über Funktionsstörungen geben. Voraussetzungen für die Anwendung solcher Methoden sind die genaue Charakterisierung der angewandten Techniken und das *Dismantling* (auseinander nehmen) von komplexen Psychotherapieprogrammen auf dem Hintergrund heuristisch gewonnener Krankheitsmodelle. So können auf der Ebene des individuellen Patienten die Wirksamkeit bestimmter psychotherapeutischer Techniken transparent gemacht werden, worauf zukünftig eine Mechanismus-basierte Modulare Psychotherapie, zugeschnitten auf den einzelnen Patienten, begründet werden könnte.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es komplexe und weniger aufwändige Methoden gibt, die zugrundeliegenden Funktionsstörungen zu identifizieren. Für die Modulare Psychotherapie gibt es jedoch sicherlich gute konzeptionelle Anschlussmöglichkeiten zu einer Mechanismus-basierten Psychotherapie, die sowohl neurobiologische als auch experimentalpsychologische Erkenntnisse einbezieht. Welche Funktionsstörungen über viele psychische Störungen hinweg immer wieder gefunden werden, auf welche dann anschliessend die Mechanismus-basierte Modulare Psychotherapie abgezielt, soll im nächsten Kapitel dargestellt werden. Der Fokus wird dabei auf Patienten mit Depressiven Störungen liegen.

Zugrundeliegende Funktionsstörungen bei Depressiven Störungen

In verschiedenen Studien wurden folgende Funktionsstörungen bei depressiven und komorbiden Störungen vermehrt gefunden, welche sich für eine gezielte Modulare

Psychotherapie anbieten würden: *fehlende Motivation/ Hilflosigkeit* (Barnhofer, Brennan, Crane, Duggan & Williams, 2014; McCullough, 2000; Pryce et al., 2011), *Hypersensitivität bezüglich sozialer Bedrohung* (d.h. stark sensibel auf soziale Zurückweisung und diese ängstlich erwartend, leicht wahrnehmend und überreagierend)/ *sozialer Stress* (Danese et al., 2009; Shapero et al., 2014), *Vermeidung/ soziale Fertigkeiten* (Klein, Roniger, Schweiger, Späth & Brodbeck, 2015; McCullough, 2000), *soziale Kognition* (die Fähigkeit, sich und andere zu verstehen)/ *mangelnde Empathie (theory of mind)* (Mattern et al., 2015; Schnell, Bluschke, Konradt & Walter, 2011), *Schwierigkeiten in der emotionalen Wahrnehmung* (Boden & Thompson, 2015) und *mangelnde Emotionsregulation* (Cloitre, Stovall-McClough, Zorbas & Charuvastra, 2008; Joormann & Stanton, 2016; Olson, Plotzker & Ezzyat, 2007). Anzumerken ist, dass diese Auflistung nicht vollständig ist.

Fehlende Motivation/ Hilflosigkeit stellt eines der prominentesten Beispiele eines emotional-kognitiven psychologischen Konzeptes dar, welches als relevant im Verständnis und der Behandlung Depressiver Störungen vorgeschlagen wird (Pryce et al., 2011). *Erlernte Hilflosigkeit* ist ein häufig erwähnter ätiologischer, auslösender- (Seligman, 1972) sowie aufrechterhaltender Faktor (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978), welcher also auch in der Behandlung Berücksichtigung finden sollte. Erhöhte soziale Stress-Sensitivität (*Hypersensitivität bezüglich sozialer Bedrohung/ sozialer Stress*) prädestiniert dazu, potenzielle Gefahr höher zu schätzen als potenzielle Belohnung, wenn man in neue oder ungewohnte soziale Situationen hinein geht. Das sympathische Nervensystem wird mit einer Verteidigungserregung und dem *flight-fight-Modus* aktiviert. Diese Wahrnehmungsverzerrungen werden durch die Familie oder die eigenen Beziehungserfahrungen ausgeformt, geprägt und gestärkt (bei depressiven, komorbiden, stationären Patienten sind diese Beziehungserfahrungen häufig traumatisierend) und verstärken das Vermeidungsverhalten und das Verbergen von Emotionen. Diese negativen

Erfahrungen verzögern durch negative Verstärkung normale emotionale-interpersonelle Reifung (Lynch et al., 2015; McCullough, 2000).

Pryce et al. (2011) schreiben, dass die Kernsymptome Depressiver Störungen sich in Störungen der emotionalen, motivationalen und kognitiven Zustände äussern. Die Autoren betonen, dass das Untersuchen dieser Funktionsstörungen wichtige Erkenntnisse bezüglich Ätiologie, Pathophysiologie und somit der Behandlung liefern können. Obwohl die Funktionsstörungen keine Symptome gemäss der Nosologie der aktuellen Klassifikationssysteme darstellen, können sie als neuropsychologische Prozesse potenziell massgeblich zur Ätiologie Depressiver Störungen beitragen. Hier ist nochmals die Übersicht von Hassel et al. (2011) zu erwähnen. Wie diese Funktionsstörungen therapeutisch angegangen werden können, wird weiter unten dargestellt (siehe Kapitel *Die Strategien aus den Interventionen CBASP, IPT und Achtsamkeit*).

Bisherige Arbeiten zu Modularer Psychotherapie

Vorwegnehmend ist zu erwähnen, dass die Wirksamkeit der Modularen Psychotherapie empirisch erst ansatzweise untersucht ist. Ein erfolgreiches Beispiel für den modularen Ansatz ist das *Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, or Conduct Problems (MATCH; Chorpita & Weisz, 2009)*, da vor allem bei Kindern wenig störungsspezifischen Manualen vorliegt und Komorbiditäten häufig sind (Weisz & Gray, 2008). Das Manual enthält separate modulare Behandlungselemente, abgeleitet von evidenzbasierten Behandlungen für Angst, Depression und Verhaltensstörungen (Chorpita & Weisz, 2009). Weisz et al. (2012) verglichen in einer randomisierten kontrollierten Studie Standardtherapie (*KVT* für Angst, *KVT* für Depression und elterliches Training bei Verhaltensstörungen), ein modulares Vorgehen (integrierte Vorgehensweisen aus den drei separaten Behandlungen) und Regelversorgung (*TAU*) bei $N = 174$ Jugendlichen im Alter von 7- 13 Jahren mit Angst, Depression, Trauma und Störung des Sozialverhaltens bei hoher

Komorbidität. In dieser Studie wurden vier Entscheidungs-Flussdiagramme vorgegeben, deren Auswahl anhand des führenden Problembereiches erfolgte, wobei alle vier Flussdiagramme auch Module zu den anderen drei Problembereichen enthielten und eine hohe Flexibilität in der Sequenz der Anwendung möglich war. *MATCH* beinhaltete Module von empirisch unterstützten Therapien (*empirically supported treatments, EST*). Die Therapeuten wurden geschult, supervidiert und den Bedingungen randomisiert zugewiesen. Die modulare Behandlung schnitt signifikant besser ab als die anderen Behandlungen. Die modulare Bedingung lieferte bessere Ergebnisse als die *TAU*-Bedingung, obwohl zweitens durchschnittlich 75 Tage länger dauerte. Ausserdem enthielten die modularen Sitzungen mehr evidenzbasierte Inhalte als jene der *TAU*-Bedingung (83% vs. 8%). Die grössere mögliche Flexibilität der modularen Behandlung erlaubt die Abdeckung von mehr Problemen verglichen mit den Standardbehandlungen, indem die Wirksamkeit der evidenzbasierten Standardmethoden durch die Möglichkeit der flexiblen Anwendung gesteigert werden kann. Aufgrund von zu wenig Power kann die Studie keine Aussagen über Moderatorvariablen wie Geschlecht, Alter oder Ethnizität machen. Die Stichprobe weist Heterogenität auf, was Diagnosen betrifft und ist daher nicht so streng definiert, wie es in einer Wirksamkeitsstudie bei einer Einzeldiagnose üblich ist. Zur Überprüfung dieser Fragestellung macht dies jedoch nachvollziehbarerweise Sinn. Die Studie scheint methodisch aufwändig und gut kontrolliert durchgeführt worden zu sein. Inzwischen konnte auch die Überlegenheit über die Regelversorgung (*TAU*), nicht aber über die Standardbehandlung zum Katamnesezeitpunkt nach zwei Jahren festgestellt werden (Chorpita et al., 2013). Interessanterweise konnte nicht nur eine höhere Zufriedenheit auf Patienten-, sondern auch auf Therapeutenseite bei Verwendung einer Modularen Psychotherapie im Vergleich zum Standardverfahren und zur Regelversorgung beobachtet werden (Chorpita et al., 2015). Die Autoren schlussfolgern, dass

das modulare Vorgehen ein vielversprechender Weg sei, um auf den Stärken der evidenzbasierten Behandlungen aufzubauen und deren Nutzen zu verbessern.

Gute Ergebnisse wurden auch aus der modularen Behandlung von heranwachsenden Patienten mit Autismus-Spektrumstörungen (Storch et al., 2013), sowie bei Erwachsenen mit Körperdysmorpher Störung (Wilhelm et al., 2014) berichtet. In der randomisierten kontrollierten Studie von Storch et al. (2013) erhielten 45 Kinder mit hochfunktionalem Autismus und klinisch bedeutsamer Angst im Alter von 7-11 Jahren 16 Sitzungen einer modularen *KVT* oder *TAU*. Im Vergleich zur *TAU*-Bedingung, zeigten die Patienten der modularen *KVT* substantielle Verbesserungen in den primären *Outcome*-Massen, welche auch nach drei Monaten im *Follow-up* erhalten werden konnten. In der Studie von Wilhelm et al. (2014) wurden spezifische Elemente aus der *KVT*-Standardtherapie, die bei allen Patienten mit Körperdysmorpher-Störung relevant sind (z.B. Exposition, Reaktionsverhinderung, Wahrnehmungs-Umschulung), mit Modulen als *add-on* ergänzt, welche an individuellen Besonderheiten (z.B. Operationssucht) ansetzten. 36 Patienten mit Körperdysmorpher Störung wurden randomisiert entweder zur sofortigen *modularen KVT*, welche 22 Sitzungen beinhaltete, oder einer 12 wöchigen Warteliste Kontrollgruppe zugewiesen. Die Autoren fanden eine signifikant erhöhte *Response*-Rate in der Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (modifiziert für Körperdysmorphie Störungen), in der Brown Assessment of Beliefs Scale und im Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II) in der modularen *KVT*-Bedingung im Vergleich zur Wartelistegruppe.

Die Studienlage zu modularen und transdiagnostischen Ansätzen ist bislang ungenügend. Eine wachsende Anzahl an transdiagnostischen Behandlungsansätzen werden weltweit entwickelt und evaluiert (z.B. *Akzeptanz- und Commitmenttherapie [ACT]*, Schematherapie oder das Manual von Barlow et al. (2016): *Transdiagnostische Behandlung emotionaler Störungen*). Diese Protokolle unterscheiden sich bezüglich diagnostischen

Kombinationen und Symptomprofilen, auf welche sie abzielen sollen (z.B. multiple Angststörungen oder Angststörungen und Depressionen, etc.), der Art von verwendeten Behandlungstechniken (z.B. *KVT* vs. *Achtsamkeitsbasierte Behandlungen*) und deren Ausführungsformat (z.B. Gruppentherapien vs. internet-basierte Verfahren), wobei noch unklar ist, ob diese Unterschiede die *Outcomes* beeinflussen. Ausserdem wurden viele der bisherigen Evaluationen an kleinen Stichproben durchgeführt. Diese führten zu Verzerrung der Effektstärken und hatten zu wenig Power, um potenzielle Unterschiede zwischen transdiagnostischen Behandlungen und Kontrollbedingungen zu entdecken.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass erste Studien zur Wirksamkeit zwar optimistisch stimmen, allerdings eine hinreichende Evidenzbasierung der Modularen Psychotherapie noch nicht vorliegt.

Grenzen und mögliche Nachteile Modularer Psychotherapie

Die Vorteile und ersten Befunde der Modularen Psychotherapie tönen plausibel und vielversprechend. Jedoch hat dieser Ansatz auch Grenzen und birgt mögliche Nachteile. Die verlockenden Ansätze aus der neurowissenschaftlichen Forschung in der Psychiatrie zur Aufklärung der zugrundeliegenden Krankheitsmechanismen bleiben seit Jahren hinter den grossen Erwartungen zurück. Sechs Jahre nach der Einführung des *RDoC*-Systems sind weiterhin viele zugrundeliegende Mechanismen unerforscht, sodass es für die Modulare Psychotherapie schwierig ist, transdiagnostisch an störungsübergreifenden Mechanismen anzusetzen. Weg von einer kategorialen Diagnostik bedeutet ein völliges Umdenken, wie psychiatrische Erkrankungen zu verstehen und behandeln sind. Dem Anspruch an eine kausale Therapie, wie von den *RDoC*-Vertretern propagiert, kann die Modulare Psychotherapie (noch) nicht gerecht werden.

Bohus argumentiert, dass die wachsende Anzahl an störungsspezifischen Ansätzen immer schwerer zu vermitteln ist und dass kein Therapeut alle Manuale für alle psychischen

Störungen erlernen kann. Die Modulare Psychotherapie zielt auf störungsübergreifende Funktionsstörungen ab, welche in ihrer Anzahl auch beträchtlich sein können. Jeder Therapeut muss sich weiterhin zunächst therapeutische Ressourcen i.S.v. allgemeinen psychotherapeutischen Methoden aneignen und die handwerkliche Kompetenz entwickeln. Ausserdem bedarf es klarer Vorgaben zur Auswahl und Sequenz der Module sowie der Zuordnung der Technik zur Abzielung der Funktionsstörungen. In den Studien von Chorpita und Weisz gab es klare Vorgaben, jedoch ist fraglich, wie umsetzbar dies im klinischen Alltag ist. Die propagierte grosse Flexibilität birgt die Gefahr, sich in den Ausdifferenzierungsmöglichkeiten zu verlieren und kann verwirrend sein. Die Ansprüche an individualisierte Therapie und die verbesserte Schnittstellenfähigkeit können überfordernd wirken. Gerade für Berufseinsteiger kann es einfacher sein, störungsspezifische Verfahren zu erlernen und sich mit einem Manual und dessen Strategien zu identifizieren.

Da die Studienlage bislang ungenügend ist und es sich um neue Ansätze handelt, können die Vor- und Nachteile an dieser Stelle nicht abschliessend bewertet werden. In den nächsten Jahren wird sich entscheiden, ob eine Modulare Psychotherapie, die auf der Veränderung von dimensional konzipierten Funktionsstörungen und Problembereichen beruht und aufgrund eines flexiblen, adaptiven Vorgehens im Behandlungsverlauf dem Anspruch einer individualisierten Therapie standhält, einen tatsächlichen Paradigmenwechsel in der Psychotherapie bedeutet (Craske 2012, Insel & Cuthbert 2015).

Die hier vorgeschlagene Modulare Psychotherapie

In dieser Untersuchung ist der modulare Aufbau der untersuchten Gruppentherapie nicht nach einem algorithmischen Entscheidungsprinzip, wie bei Bohus et al. (2012) beschrieben, aufgebaut, sondern orientiert sich mehr an den transdiagnostischen/ *RDoC*-Ansätzen, wobei keine bildgebenden Verfahren die Auswahl der Module begründen. D.h. eine stationäre Gruppentherapie für Depressionen mit komorbiden Störungen, die Elemente aus störungsspezifischen Ansätzen enthält, wurde zusammengestellt mit dem Ziel, an zugrundeliegenden Funktionsstörungen anzusetzen. Die Auswahl der Module geschieht innerhalb des Gruppenformats, ohne Möglichkeit der Adaption an individuelle Patientenmerkmale und individuelle Behandlungsverläufe, sondern erfolgt im Hinblick auf typische Merkmale der Patientengruppe im Allgemeinen. So wird auch nicht wie bei Chorpita und Weisz je nach Problembereich ein anderes Modul angewendet.

Für die hier untersuchte Interpersonelle Modulgruppe werden Module aus dem *CBASP* (primär ausgerichtet auf frühe Beziehungstraumatisierungen und ausgeprägtes Vermeidungsverhalten), der *IPT* (primär ausgerichtet auf die emotionale Verarbeitung von Lebensveränderungen und zwischenmenschliche Defizite) sowie der *Achtsamkeitsbasierten Therapie* (primär ausgerichtet auf Beziehungsachtsamkeit) in einem Gruppenformat in systematischer Weise zusammengestellt. Diese Module fokussieren auf fünf gestörte Systeme, welche Teil vom *RDoC*-Modell sind und gemäss der Forschung zentral mit Depressionen zusammenhängen (siehe Kapitel *zugrundeliegende Funktionsstörungen bei Depressiven Störungen*).

Die Strategien aus den Interventionen CBASP, IPT und Achtsamkeit

Sowohl *CBASP* als auch die *IPT* sind gewissermassen bereits in Modulen organisiert, welche allesamt das Ziel haben, interpersonell zielführendes und antidepressives Verhalten aufzubauen. Die manualisierten Gruppenformate sind nachzulesen bei Schramm (2010, 2012)

sowie Schramm und Klecha (2010). Auch die *Achtsamkeitsbasierten Ansätze* lassen sich transdiagnostisch anwenden und eignen sich deshalb ebenfalls für die hier vorgeschlagene Gruppentherapie.

Module im CBASP.

Beim *CBASP* setzen verschiedene interpersonelle Lernmodule (z.B. *IDÜ*) gezielt an frühen missbräuchlichen Beziehungserfahrungen an, mit dem Ziel, mit Hilfe von expositionsorientiertem Vorgehen hartnäckige Vermeidungsmuster zu überwinden und durch sozial zielführendes Verhalten zu ersetzen. Das *Disziplinierte Persönliche Einlassen (DPI;* McCullough, 2000), Situationsanalysen und die Anwendung des Kiesler Kreis Modells (Kiesler, 1983; siehe Abbildung 1) unterstützen den Prozess, sich auf andere Personen einzulassen (setzen an den Funktionsstörungen *soziale Kognition/ Empathie* an) und in Beziehung zu treten (setzen an den Funktionsstörungen *Vermeidung/ soziale Fertigkeiten* an). Dem Patienten sollen Mechanismen der komplementären Beziehungsgestaltung beigebracht werden, welche wiederum anhand des Kiesler Kreis Modells und dem Aufzeigen der Auswirkungen der Interaktionsmuster (z.B. Konsequenz von unterwürfig-distanziertem Verhalten) illustriert werden können. So lernt der Patient, die Konsequenzen des eigenen Verhaltens auf andere Personen und merkt, was andere Personen bei ihm auslösen. Dadurch können soziale Fertigkeiten und Empathie aufgebaut werden. Der Patient lernt durch den Kiesler Kreis, andere Personen zu „lesen“, indem er sich auf ihr offensichtliches Verhalten und auf die Konsequenzen, die sein Verhalten auf andere hat und umgekehrt (z.B. „*Wenn ich mich unterwürfig verhalte, rufe ich bei meinem Gegenüber dominantes Verhalten hervor*“) fokussiert. In diesem Kontext soll der Begriff *Stimuluscharakter* den Patienten nähergebracht werden. Darunter versteht man gemäss Pincus, Lukowitsky und Wright (2010) Erfahrungen eines subtilen interpersonellen Drucks in der Kommunikation mit einer anderen Person bzgl. welches Verhalten von der anderen Person erwartet resp. nicht erwartet werden kann. Die

Wechselwirkungen sind anhand der Pfeile in Abbildung 1 dargestellt. Wie der Kiesler Kreis den Patienten vermittelt wird ist im Manual (Anhang B) ersichtlich.

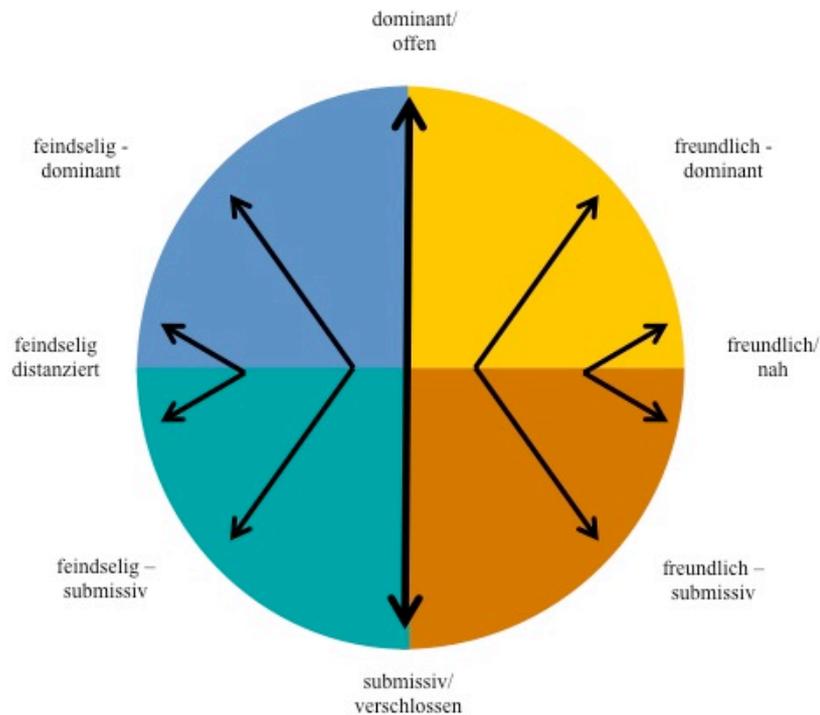


Abbildung 1. Kiesler Kreis Modell.

Genuine Empathie und soziale Kognition (*theory of mind*) werden auch angezielt durch das *DPI* des Therapeuten: Dem Patient wird direktes, umsichtiges, gut gemeintes Feedback gegeben, indem persönliche Reaktionen auf die dysfunktionalen Verhaltensmuster des Patienten ausgedrückt und Alternativen angeboten werden. Durch die bewusst gesetzten Sicherheitssignale im Verhalten des Therapeuten und dem Wiederherstellen der Wahrnehmung von operanter interpersoneller Kontingenz, ist die Intervention so konzipiert, dass dem Patienten eine sichere Lernumgebung zur Verfügung steht. Somit wird die Hypersensitivität bezüglich sozialer Bedrohung und das Vermeidungsverhalten abgebaut. Stattdessen werden belohnende, positive soziale Interaktionen und Beziehungserfahrungen ermöglicht und die Angstreaktionen können abnehmen. Die Beziehung wird durch umsichtige Selbstöffnung des Therapeuten (statt Neutralität) aktiv gestaltet. Die *CBASP*-

Elemente wie *DPI*, *IDÜ*, Situationsanalysen, etc. sind im Update des Original-Manuals von McCullough, Schramm, Penberthy und Plata (2015) nachzulesen. Die *CBASP*-Module sind in Tabelle 1 und Abbildung 2 dargestellt.

Module in der IPT.

Auch in der *IPT* bei episodisch verlaufenden Depressionsformen kommen depressionsspezifische Module zum Einsatz, die ebenfalls transdiagnostisch eingesetzt werden können: So beispielsweise die emotionale Klärung unfreiwilliger oder plötzlicher Rollenveränderungen (setzt an der Dysfunktion *Emotionale Wahrnehmung* an) und der Ausdruck der Emotionen (setzt an der Dysfunktion *Emotionsregulation* an). Module aus der *IPT* bieten somit einen flexibleren Umgang mit Lebensveränderungen unter Wahrnehmung und Regulation eigener Emotionen. Die *IPT*-Module sind in Tabelle 1 und Abbildung 2 dargestellt.

Module aus den Achtsamkeitsbasierten Ansätzen.

Andere nützliche interpersonell orientierte Module für die Depressionsbehandlung und komorbide Störungen stellen Elemente aus der Achtsamkeit in Beziehungen sowie das Selbstfürsorgekonzept aus *Achtsamkeitsbasierten Therapieprogrammen* dar (Germer & Neff, 2013; Segal, Williams & Teasdale, 2008). Die klassischen *Achtsamkeitsbasierten Ansätze* aus der *Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)* werden ergänzt durch Elemente wie *Selbstmitgefühl* (Germer & Neff, 2013). Module aus der Beziehungsachtsamkeit können beispielsweise frühe Fehlprägungen des Patienten bewusst machen und dabei helfen, diese zu überlernen (setzt an den Funktionsstörungen *Hypersensitivität bezüglich sozialer Bedrohung/ sozialer Stress* und *soziale Kognition/ Empathie* an). Die Emotionsregulation wird unterstützt durch das Bewusstmachen affektiver Zustände. Der Therapeut wiederholt empathisches Vorgehen (auch durch das *DPI*) und nimmt in der Exploration eine unwissende Haltung bzgl. des Erlebens des Patienten ein. Kontextgebundene emotionale Reaktionen sollen so

identifiziert werden (Element der *Achtsamkeitsbasierten Therapie*). Die *Achtsamkeits-*Module sind in Tabelle 1 und Abbildung 2 dargestellt.

Stand der Forschung im stationären Gruppenformat.

Ein interpersonell ausgerichtetes modulares Gruppenprogramm für erwachsene, stationäre, depressive Patienten wurde bisher noch nicht entwickelt und empirisch untersucht. Für das *CBASP* bei chronisch depressiven Patienten und die *IPT* bei akut episodisch depressiven Patienten existieren vereinzelt Wirksamkeitsnachweise für das Gruppensetting (z.B. Brakemeier et al., 2011; Schramm et al., 2007) bei stationären Patienten. Die *Achtsamkeitsbasierte Therapie* wurde bisher vor allem in den USA bei remittierten Depressionen zur Rückfallprophylaxe im ambulanten Gruppensetting (z.B. Segal et al., 2008; Williams et al., 2014) und in Deutschland bei chronischen Depressionen (Michalak et al., 2015) untersucht, jedoch noch nicht im stationären Kontext. Die Studienlage ist hier noch ungenügend.

Im nächsten Kapitel soll der Aufbau der hier untersuchten Modularen Gruppentherapie genauer beschrieben werden.

Funktionsstörungen als Targets der Modularen Gruppenpsychotherapie für stationäre Patienten mit komorbiden Depressionen

Nachfolgend sind in Abbildung 2 die Module, die auf die beschriebenen Funktionsstörungen abzielen, dargestellt.

Die Gruppentherapie beinhaltet insgesamt vier Blöcke à jeweils zwei Sitzungen. Zur Übersicht ist der Aufbau der Gruppentherapie in der Tabelle 1 dargestellt.

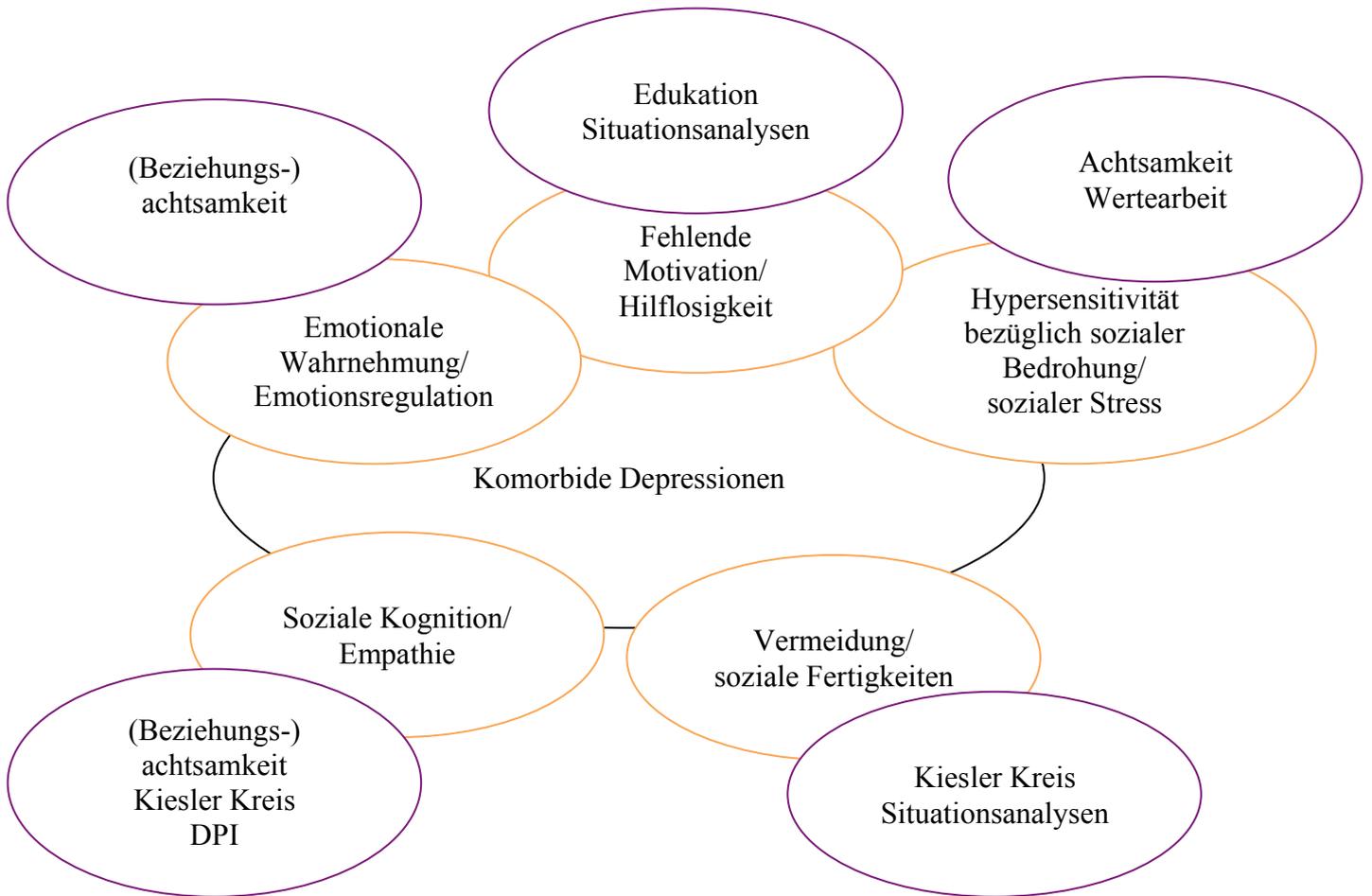


Abbildung 2. abgezielte Funktionsstörungen und Module.

Tabelle 1

Aufbau der interpersonellen Modulgruppe (CBASP-Elemente; Achtsamkeits-Elemente; IPT-Elemente)

Block	Inhalte/ Strategien	Angezielte Funktionsstörungen
1 (2 Sitzungen): Interpersonelle Basisfertigkeiten	<p>Psychoedukation zum interpersonellen Ansatz, zur Beziehungsgestaltung & zum Zusammenhang mit Depressionen</p> <p>Festlegen von interpersonellen Gruppenregeln (<i>designed alliance</i>)</p> <p>Interpersonelle Basisfertigkeiten (Beziehungsaufnahme & –gestaltung unter Einsatz des Kiesler Kreis Modells)</p> <p>Einführung (Beziehungs-) Achtsamkeit, Mitgefühl & Selbstfürsorge</p>	<p>fehlende Motivation/ Hilflosigkeit</p> <p>Hypersensitivität bezüglich sozialer Bedrohung/ sozialer Stress</p> <p>Vermeidung/ soziale Fertigkeiten</p> <p>soziale Kognition/ Empathie</p>
2 (2 Sitzungen): Zwischenmenschliche Konflikte	<p>Umgang mit zwischenmenschlichen Situationen, um von anderen zu bekommen, was man sich wünscht (Mini- Situationsanalysen inkl. Kiesler Kreis Training)</p> <p>Umgang mit zwischenmenschlichen Konfliktsituationen, Konfliktstadien & –kernthemen erkennen & verstehen (Situations- und Kommunikationsanalysen)</p> <p>Achtsamer Dialog/ achtsames Miteinander (<i>deep listening</i>)</p>	<p>fehlende Motivation/ Hilflosigkeit</p> <p>Hypersensitivität bezüglich sozialer Bedrohung/ sozialer Stress</p> <p>Vermeidung/ soziale Fertigkeiten</p> <p>soziale Kognition/ Empathie</p> <p>Emotionale Wahrnehmung/ Emotionsregulation</p>

Fortsetzung Tabelle 1

Aufbau der interpersonellen Modulgruppe (CBASP-Elemente; Achtsamkeits-Elemente; IPT-Elemente)

3 (2 Sitzungen): Umgang mit Veränderungen und Verlusten	<p>Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung, Akzeptanz des Verlustes</p> <p>Hilfreiche Faktoren und Strategien auf dem Weg zu einer Veränderung</p> <p>Positive/ negative; verlorene/ gebliebene/ gewonnene Aspekte in Relation setzen</p> <p>Umgang mit Emotionen im Rahmen von Veränderungen und Verlusten</p>	emotionale Wahrnehmung/ Emotionsregulation
4 (2 Sitzungen): Rollenwechsel und Konflikte in der Arbeitsrolle, Burnout	<p>Umgang mit arbeitsbezogenem Stress, Fördern arbeitsbezogener sozialer Kompetenzen, um Hilfe bitten oder Nein-Sagen mit mithilfe von Zukunfts-Situationsanalysen</p> <p>Strategien zur Bewältigung von Arbeitsstress, werte-orientiere Arbeitsrolle</p> <p>Strategien zur achtsamen Selbstfürsorge</p>	Hypersensitivität bezüglich sozialer Bedrohung/ sozialer Stress Vermeidung/ soziale Fertigkeiten Emotionale Wahrnehmung/ Emotionsregulation

Aufbau der Gruppe - Einbettung in die vorgestellten Konzepte

Die sechs Kategorien Modularer Psychotherapie, wie sie von Schmahl und Bohus (2013) vorgeschlagen werden, kommen bei uns zur Anwendung. Für die *theoretischen Grundlagen* sind wir von der bestehenden Literatur zu *IPT*, *CBASP* und *Achtsamkeit* ausgegangen und

haben geschaut, was dazu schon an Untersuchungen und Erkenntnissen vorliegt. Auf unserer Station behandeln wir vor allem Patienten mit Depressiven Störungen, welche mehrheitlich Komorbiditäten aufweisen. Die *IPT* und die *Achtsamkeitsbasierten Therapien* werden auch bei anderen als den Depressiven Störungen erfolgreich angewendet und das *CBASP* erweist sich vor allem bei schweren, therapieresistenten, stationären Patienten als hilfreich. Somit sind diese drei Ansätze naheliegend für unsere Patientenzusammensetzung. Die zweite Kategorie, die *therapeutischen Basiskompetenzen* (z.B. motivationsfördernde Interventionen, Beziehungsgestaltung, diagnostische Methodik), werden bei uns vor und während der Gruppe angewendet. Die Gruppenfähigkeit wird vorab abgeklärt, womit der Beziehungsaufbau eingeleitet wird. Auch der vorausgehenden Diagnostik wird genug Platz eingeräumt. Unabhängig vom Störungsbild kommen Techniken des Motivationsaufbaus, der Problemaktualisierung und Ressourcennutzung in der Gruppe zur Anwendung. Die *allgemeinen, unspezifischen therapeutischen Interventionen* (z.B. veränderungsorientierte-, akzeptanzorientierte Interventionen) als nächste Kategorie lassen sich bei uns durch Achtsamkeitsübungen, Kontingenzmanagement (mit Hausaufgaben) oder auch emotionale Klärung unfreiwilliger oder plötzlicher Rollenveränderungen, Wertearbeit, (emotionale) Bewältigungsstrategien bei Lebensveränderungen, etc. finden. Diese Interventionen sind in vielen störungsspezifischen Manualen enthalten und finden damit diagnoseübergreifend häufig Anwendung. In unserem modularen Baukastensystem sind auch *störungsspezifische Kompetenzen* enthalten. So kommt von Seiten des Therapeuten beispielsweise das *DPI* zum Einsatz, was massgeblich zum Beziehungsaufbau und zur Reduktion der Hypersensitivität bzgl. sozialer Bedrohung und dem Vermeidungsverhalten beiträgt. Die Beziehung wird durch eine umsichtige Selbstöffnung des Therapeuten aktiv gestaltet. Das Kiesler Kreis Modell und die Situationsanalysen sind auch Techniken, die normalerweise störungsspezifisch im *CBASP* bei chronischen Depressionen angewendet werden. Bzgl. der Kategorie der

Behandlungsheurismen ist zu erwähnen, dass wir das Vorgehen und die Auswahl der Module nicht basierend auf grossen Datenpools, welche Informationen über therapeutische Vorgehen integrieren, getroffen haben. Es gibt keinen Algorithmus mit speziell entwickelten Profilen (Chorpita et al., 2013). Unser Studiendesign verwendet Module, welche nicht an individuelle Patientenmerkmale und individuelle Behandlungsverläufe adaptiert werden, sondern a priori feststehen. Die Zusammensetzung der Module erfolgt in Hinblick auf typische Merkmale der Patientengruppe im Allgemeinen (z.B. spezifische Komorbiditäten bei Patienten mit depressiver Episode, Gruppenfähigkeit, Traumatisierung, Alexithymie, etc.). Ausserdem werden soziale- (Fokus Isolation, wer profitiert von der Gruppe?) sowie settingspezifische Aspekte (eine überschaubare Dauer von vier Wochen; was ist möglich in vier Wochen? Bleibt ein Patient noch so lange, um die Gruppe einmal durchlaufen zu können?, etc.), wie von Bohus et al. (2012) vorgeschlagen, berücksichtigt. Anhand *evaluativer Kompetenzen*, der letzten Kategorie, werden Verlauf und Ergebnis evaluiert (Einsatz von Fragebögen). Anpassungen werden vorgenommen, Hypothesen werden gebildet und überprüft. Chorpita et al. (2005) schreiben, dass sich die Modulare Psychotherapie aus eigenständigen funktionellen Einheiten (*Modulen*) zusammensetzt, die mit anderen Modulen vielfältig kombiniert werden können. Unser Gruppensetting ist halb offen, d.h. Patienten können jeweils zu Beginn jedes neuen Blockes einsteigen, auch wenn sie die vorherigen Sitzungen noch nicht besucht haben. Dies hat den Vorteil, dass die Patienten nicht vier Wochen warten müssen, bis ein Einstieg möglich ist. Dieses Vorgehen ist sinnvoll, effizient, kostensparend und einfach praktikabel.

Stufenweise Entwicklung des modularen Therapieprogrammes

In Analogie zu den vier Phasen bei Medikamentenprüfungen (Buchkremer & Klingberg, 2001; Tabelle 2) soll das hier beschriebene Programm in den einzelnen Phasen entwickelt und evaluiert werden. Die vier Phasen werden nachfolgend kurz beschrieben.

Phase I beinhaltet die Konzeptentwicklung. Dabei werden theoretische Annahmen expliziert und ein Manual erarbeitet. Anhand klinischer Erfahrung, Plausibilität sowie Befunden aus bereits etablierten störungsspezifischen oder allgemeinen Analogiestudien soll der Forschungsgegenstand beschrieben werden. Untersuchungen zur *Verträglichkeit* und *Akzeptanz* eines Verfahrens sind bereits hier angesiedelt.

In *Phase II* wird diese Exploration systematisch fortgesetzt. So werden bestimmte Patienten mit definierten Einschlusskriterien verlaufsbeschreibend durch Prä-Post-Analysen beobachtet. Diese Phase beinhaltet noch keine streng kontrollierte Methodik, sondern offene *Durchführbarkeitsstudien*, welche eher dem Einzelfall angemessenen Erfordernissen für Plausibilitätsprüfungen folgt, sowie der Exploration von möglichen Risiken, Nebenwirkungen und Wirkmechanismen.

Phase III beinhaltet dann die *Wirksamkeitsprüfung*, indem prospektive, randomisierte, kontrollierte Interventionsstudien (*RCT*) an einer klar definierten Zielgruppe mit hohen methodischen Anforderungen (z.B. Dropout-Analyse, Poweranalyse, Kontrolle von Selektionseffekten, Katamnesen) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe durchgeführt werden.

In der darauf folgenden *Phase IV* wird die *Effektivität* bzw. *klinische Nützlichkeit* unter Praxisbedingungen (*effectiveness*) bei einer stark vergrößerten Fallzahl untersucht. Die strengen Kontrollen der vorangegangenen *Wirksamkeitsstudien* (*efficacy*), wie beispielsweise enge Einschlusskriterien, Randomisierung, standardisierte Therapiedauer und –dosis, werden hier systematisch gelockert. Weiterhin wird die Implementierung und Dissemination des Ansatzes verfolgt.

Tabelle 2

Phasen der Psychotherapieprüfung in Analogie zur Pharmaprüfung (Modell nach Buchkremer & Klingberg, 2001)

Phase	Inhaltlicher Schwerpunkt	Art der Studie
Phase I	Konzeptentwicklung, Explizierung theoretischer Annahmen, Manualentwicklung	Analogstudien Kasuistiken, klinische Erfahrungen
Phase II	Exploration mit (nicht kontrollierten) Pilot-Studien	Verlaufsbeschreibende Einzelfallstudien Prä-Post-Analysen in verschiedenen Populationen Offene Studien Durchführbarkeitsstudien Prozess- und Outcome-Studien
Phase III	Wirksamkeitsprüfung	Vergleichende Wirksamkeit (<i>randomized controlled trials, RCT</i>) Experimentelle Einzelfallstudien Randomisierte Effektivitätsstudien
Phase IV	Anwendung unter Routinebedingungen, klinische Nützlichkeit	Effektivitätsstudien im Rahmen von Versorgungsforschung Erweiterte Einschlusskriterien Zunehmend naturalistische Bedingungen Anwendungsbeobachtungen Implementierung und Verbreitung (Dissemination)

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf Phase I (Konzeptualisierung, Erstellen eines ersten Manualentwurfs) und Phase II (offene Pilotstudie) sowie die Planung der Phase III (Wirksamkeitsprüfung) als Resultat der ersten beiden Phasen.

Neben den *Outcome*-Ergebnissen wird in der zeitgenössischen Psychotherapieforschung vermehrt auf den Prozess, durch den Psychotherapie effektiv wird (Tschacher, Zorn & Ramseyer, 2012), geachtet. Diese Prozessziele zu verfolgen ist in der Forschung anhand verschiedener wissenschaftlicher Methoden möglich. Prozessforschung ist explorativ. Über die letzten 50 Jahre hinweg sind viele mögliche Prozessfaktoren und Veränderungsmechanismen, beispielsweise anhand von Videoanalysen und Aufnahmen von Therapiesitzungen, ausfindig gemacht worden. Anhand von *RCTs* können diese gefundenen und generell akzeptierten *common factors* (siehe dazu auch Kapitel *Wirksamkeit und Wirkfaktoren der Psychotherapie bei Depressiven Störungen*) Hypothesen geleitet und rigoröser auf Kausalität hin überprüft werden. Das Untersuchen der Veränderungsmechanismen soll in unserer Studie in Phase II durch den Einsatz von Stundenbögen erfolgen. Der Anspruch hier ist jedoch nicht Kausalität, wie sie in Phase III definiert ist, sondern, wie erwähnt, lediglich die Exploration möglicher Wirkmechanismen.

Zielsetzung und Fragestellung des Projektes

Auf der Privatabteilung der *Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK)* in Basel wurde bei Patienten mit einer anhaltenden und/oder akut-episodischen Depressionsdiagnose und komorbiden Beschwerden ein interpersonell ausgerichtetes modulares Gruppenprogramm anhand einer offenen Pilotstudie auf Durchführbarkeit (*feasibility*), Akzeptanz (*acceptability*) und einem ersten Machbarkeitsnachweis (*proof of concept*) hin evaluiert.

Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

1. Ist die Interpersonelle Modulgruppe wirksam (*proof of concept*)?
2. Welchen Anteil trägt die Interpersonelle Modulgruppe aus Patientensicht zum gesamten Therapieergebnis bei?
3. Ist die Interpersonelle Modulgruppe aus Patienten- und Therapeutensicht durchführbar (*feasibility*)?
4. Wie hilfreich erleben die Patienten die Interpersonelle Modulgruppe (*acceptability*) und gibt es Begrenzungen (z.B. hohe *Dropout-Rate*)?
5. Welche Wirkfaktoren im Therapieprozess (*Klärung, Erleben von Selbstwirksamkeit/Bewältigung, Beziehung zum Therapeuten, Atmosphäre zwischen den Patienten, Emotionsregulation*) lassen sich identifizieren?
6. Lassen sich gewisse Prädiktoren (z.B. *Komorbidität, frühkindliche Traumatisierungen, Alexithymie, Alter, Geschlecht*) auf den Behandlungserfolg identifizieren?

Hypothesen

Ausgehend von den dargestellten theoretischen Befunden und den beschriebenen

Fragestellungen sollen folgende Hypothesen überprüft werden:

Primär-Hypothese:

1. Die depressive Symptomatik unterscheidet sich signifikant vor und nach der Interpersonellen Modulgruppe.

Sekundär-Hypothesen:

2. Die Interpersonelle Modulgruppe ist durchführbar (*feasibility*).
3. Die Patienten erleben die Interpersonelle Modulgruppe als hilfreich (*acceptability*).
4. Das Team (Therapeuten und Pflege) empfindet die Gruppe als durchführbar und hilfreich.
5. Die Interpersonelle Modulgruppe trägt zum gesamten Therapieergebnis bei.
6. Die vier Blöcke weisen unterschiedliche Wirkfaktoren auf.
7. Schwere Depressivität, reduzierte soziale Aktivität, hohe Traumatisierungen, Alexithymie, komorbide Störungen weisen ein weniger gutes Therapieergebnis auf.

Methode

Phase I wurde im November 2013 begonnen, wo ein vorläufiges Manual auf der Grundlage von klinischer und Forschungserfahrung mit den verschiedenen Modulen des *CBASP*, der *IPT* und den *Achtsamkeitsbasierten Therapien* erstmals zur Anwendung kam und im weiteren Verlauf anhand von drei evaluierten Durchgängen des Gruppenprogrammes weiterentwickelt bzw. modifiziert wurde. So wurden beispielsweise die Patienten-Handouts angepasst und Übungen ergänzt oder gestrichen sowie der gesamte Ablauf gestrafft. Genauere Erklärungen der Adaptionen sind im Kapitel *Anpassungen nach Phase I* nachzulesen. Insgesamt wurden in Phase I 16 (Brakemeier, Kiyhankhadiv & Schramm, 2014) und in Phase II 43 sukzessiv rekrutierte stationäre depressive Patienten, optional mit komorbiden Störungen, untersucht. Phase II lief über einen Zeitraum von einem Jahr zwischen Juli 2014 und Juli 2015, wobei 13 Durchläufe absolviert wurden.

Ein- und Ausschlusskriterien der Stichprobe

Eingeschlossen wurden in beiden Phasen konsekutiv Deutschsprechende Patienten zwischen 18 und 90 Jahren, die in die Privatabteilung der *UPK* in Basel zur Aufnahme kamen und mit der primären Diagnose einer chronischen und/oder akut-episodischen Depressiven Störung (nach DSM-IV) diagnostiziert wurden.

Ausschlusskriterien waren: akute Suizidalität, floride Schizophrenie, akute Manie, akute PTSD, schwere organische neurologische Störungen, kognitiven Einschränkungen, ungenügendes Sprachverständnis. Ansonsten stellten andere Achse I Komorbiditäten kein Ausschlusskriterium dar. Die Gruppenfähigkeit wurde angelehnt an Fiedler (2005) im Allgemeinen vorab beurteilt. Dazu gehörte beispielsweise die Fähigkeit, sich auf die anderen Teilnehmer, aber auch auf Aufgaben (z.B. Rollenspiele und Hausaufgaben zwischen den Sitzungen) einzulassen und lernbereit zu sein.

Die Patienten erhielten vor der Teilnahme zusätzlich zur mündlichen Aufklärung ein Informationsblatt über den Ablauf der Gruppe (siehe im Manual, Anhang B) und hatten die Möglichkeit, die Gruppenteilnahme abzulehnen oder jederzeit abubrechen.

Behandlungsprogramm

Das Programm ist in einem Manual (Kiyhankhadiv & Schramm, 2016) beschrieben. Die wichtigsten Merkmale sind in Tabelle 3 dargestellt. Das Format der Gruppe ist halboffen (d.h. neue Patienten können jeweils nach einem abgeschlossenen Block aufgenommen werden) und besteht aus insgesamt acht Sitzungen, die zweimal wöchentlich während 90 Minuten von einem trainierten klinischen Psychologen und ggf. einer Pflegekraft durchgeführt werden. Über die Gruppentherapie hinaus erhielten die Patienten zweimal wöchentlich stattfindende Einzelsitzungen durch verschiedene Psychotherapeuten. Die Module wurden weiterhin eingebettet in eine Behandlung, die ärztlich-psychiatrische Diagnostik, Psychopharmakotherapie, fachpsychiatrische Kranken- und Gesundheitspflege, sowie Ergo-, Musiktherapie und Arbeitsrehabilitation umfasste. Die Patienten erhielten Algorithmus-basierte Pharmakotherapie in Übereinstimmung mit derzeitigen nationalen und internationalen Richtlinien für Depressionsbehandlung (DGPPN et al., 2015; Middleton, Shaw & Feder, 2005). Die medikamentöse Zusatztherapie bei Baseline ist in Tabelle 5 (Phase I), resp. Tabelle 6 (Phase II) dargestellt.

Vor Beginn der Gruppentherapie wurden mit jedem Patienten ca. zwei Einzeltermine vereinbart, um diagnostische und anamnestische Informationen individuell zu erfragen.

Das therapeutische Vorgehen in der Gruppe erfolgte, wie bei Fiedler (2005) beschrieben, eher nach dem Prinzip der Einzeltherapie in der Gruppe. Das prototypische Merkmal dabei ist, die Maximierung des Prinzips der Einzeltherapie in der Gruppe. Das beinhaltet u.a., dass ein Grossteil der Aufgaben, die in der Einzeltherapie üblicherweise vom Therapeuten durchzuführen sind (z.B. Problemanalyse), sukzessive und zunehmend auf die

Gruppe übertragen wird (z.B. durch kontinuierliche Patientenschulung im verhaltenstherapeutischen Denken und Handeln). Im Therapieverlauf rücken die Teilnehmer jeweils für eine längere Zeit während einer Sitzung in den Mittelpunkt der Gruppenarbeit, um in Übungseinheiten und Gesprächen für ihre spezifischen Problemstellungen persönliche Lösungen zu erarbeiten. Das Vorgehen ist überwiegend übungsbezogen und stützt sich auf regelmässig von den Patienten zu bearbeitende Arbeitsmaterialien und Hausaufgaben zwischen den Sitzungen.

Tabelle 3

Die wichtigsten Merkmale der Interpersonellen Modulgruppe

Therapeuten	Ein psychologischer Psychotherapeut geschult in <i>CBASP</i> und <i>IPT</i> (oder Psychologe in fortgeschrittener Ausbildung) Ggf. Pflegekraft als Ko-Therapeut (geschult in <i>CBASP</i> und <i>IPT</i>)
Patienten	4-8 (chronisch und/oder akut-episodisch) depressive Patienten mit (oder ohne) komorbide Beschwerden mit (oder ohne) begleitende Medikation allgemeine Gruppenfähigkeit ausreichende Deutschkenntnisse, 18 - 90 Jahre keine akute Suizidalität, Schizophrenie, Manie, PTSD, organische neurologische Störungen, kognitive Einschränkungen
Setting	Halb offen 2x wöchentlich, 90 Minuten, 8 Sitzungen zusätzlich 2x wöchentliche Einzelsitzungen
Techniken	Arbeit mit dem Kiesler Kreis Modell Mini-Situationsanalysen (Beziehungs-)Achtsamkeitsübungen Wertarbeit (emotionale) Bewältigungsstrategien bei Lebensveränderungen DPI

Fortsetzung Tabelle 3

Die wichtigsten Merkmale der Interpersonellen Modulgruppe

Therapeutenmaterialien	Handouts (gelocht) Flipchart und ca. 4 verschieden farbige Stifte Materialien Achtsamkeitsübungen (z.B. Clementinen) Manualvorlage Stühle für Teilnehmer und (Ko-)Therapeuten
Patientenmaterialien	Handouts Therapiemappe Stift

Anpassungen nach Phase I

Die erste Phase beinhaltete drei Durchläufe, wonach das Gruppenprogramm weiterentwickelt bzw. modifiziert wurde.

Folgende Fragebögen kamen nach Phase I dazu: das Impact Message Inventory Revised (IMI-R), die Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26) und die Patientenstundenbögen. Der Alexithymie Bogen wurde hinzugefügt, um zu überprüfen, ob die Unfähigkeit, emotionale Bedürfnisse wahrzunehmen und auszudrücken, negativ mit dem Behandlungsergebnis zusammenhängen. Das IMI-R soll kontrollieren, ob die Patienten im Laufe der Gruppentherapie ihren Stimuluscharakter ändern und die Stundenbögen sollen, wie bereits erwähnt, Hinweise auf die Wirkfaktoren liefern.

Der Gruppenevaluationsbogen wurde adaptiert und ergänzt. So wurde beispielsweise differenzierter abgefragt, welche Elemente (z.B. Achtsamkeitsübungen, Situationsanalysen, Kiesler Kreis, etc.) und welche Behandlungsbausteine (Interpersonelle Modulgruppe, Einzeltherapie, Arztvisiten, etc.) zur Zustandsverbesserung beigetragen haben (die Fragen sind aufgelistet in Tabelle 10, Anhang A). In Phase I bereitete das Ausfüllen der Fragebögen den Patienten keine Mühe, die Rücklaufquote war hoch. Neben dem Zufügen weiterer

Fragebögen wurde in Phase II ergänzend auch noch die Sicht des Teams (Therapeuten und Pflege) miterhoben. So wurden analog die Therapeutenstundenbögen und ein Gruppenevaluationsbogen für das Team (die Fragen sind aufgelistet in Tabelle 11, Anhang A) eingesetzt.

Ausserdem wurden die Patienten-Handouts angepasst (z.B. vereinfacht geschrieben, übersichtlicher gestaltet, etc.). Übungen wurden ergänzt oder gestrichen (z.B. Mini-Situationsanalysen statt vollständige Situationsanalysen), sowie der gesamte Ablauf gestrafft, da teilweise aufgefallen war, dass die Patienten Mühe hatten, so viele Inhalte aufzunehmen. Auch stellte sich heraus, dass viele Patienten sich in keinem Arbeitsprozess befanden (gekündigt, abgebrochen, berentet, nie in den Arbeitsprozess eingetreten), sodass der Begriff *Arbeitsstress* durch *Arbeitsrolle* (breiteres Verständnis des Begriffs) ersetzt wurde. In diesem Block wurden die gesellschaftlichen Risikofaktoren eines Burnouts (z.B. Unsicherheit des Arbeitsplatzes, betriebliche Umstrukturierungsmassnahmen) nicht mehr in der Gruppe, sondern in den Einzelgesprächen behandelt. Stattdessen wurde der Wertarbeit mehr Platz eingeräumt, da davon alle Patienten profitieren konnten.

Zusammenfassend wurden also folgende Modifikationen vorgenommen:

- Hinzufügen folgender Fragebögen: TAS-26, IMI-R und Stundenbögen
- Adaption und Ergänzung des bestehenden Gruppenevaluationsbogens
- Anpassung der Patientenhandouts
- Straffung des Ablaufs und andere Schwerpunktsetzung (z.B. mehr Wertarbeit statt gesellschaftliche Risikofaktoren für Burnout)
- Adaption von Begriffen (z.B. Arbeitsstress zu Arbeitsrolle)
- Miterhebung der Teamsicht

Nachfolgend werden die in Phase II verwendeten Messinstrumente genauer erläutert.

Messinstrumente in Phase II

Vor und nach der Gruppentherapie füllten die Patienten und die Therapeuten Fragebögen zur Überprüfung der Durchführbarkeit, des Behandlungserfolgs und zur Qualitätssicherung aus.

Die Auswahl geschah nach internationaler Vergleichbarkeit und/ bzw. Verwendungshäufigkeit in der einschlägigen Literatur aber auch nach testtheoretischen Gütekriterien und

Passung. Wie oben beschrieben kamen in Phase II ein paar Fragebögen dazu. Eine Übersicht der Fragebögen ist in Tabelle 4 ersichtlich.

Tabelle 4

Übersicht der Fragebögen

Fragebogen	Zeitaufwand	Prä ^a	Verlauf ^b	Post ^c
Patienten				
BDI-II	5-10 Min.	x		x
CTQ	10-15 Min.	x		
Gruppenevaluationsbogen	10-15 Min.			x
Patientensitzungsbogen (8x)	5-10 Min.		x	
SASS	5 Min.	x		x
SKID-I-Screening	5-10 Min.	x		
TAS-26	10 Min.	x		
Gesamt	95-160 Min.			
Therapeut				
IMI-R	10 Min.	x ^d		x
Gruppenevaluationsbogen	5 Min.			x
Therapeutensitzungsbogen (8x)	5-10 Min.		x	
Gesamt	65-105 Min.			

Anmerkung. Die Auflistung der Fragebögen entspricht jener von Phase II, die Reihenfolge ist alphabetisch.

Abkürzungen: BDI-II = Beck-Depressions-Inventar. CTQ = Childhood Trauma Questionnaire. SASS = Soziale

Aktivität Selbstbeurteilungs-Skala. SKID-I = Strukturiertes Klinisches Interview für DSM. TAS-26 = Toronto-Alexithymie-Skala-26. IMI-R = Impact Message Inventory.

^aVor 1. Gruppensitzung. ^bNach jeder Gruppensitzung. ^cNach letzter Gruppensitzung. ^dNach erster Gruppensitzung für jeden Patienten, eingeschätzt durch Gruppentherapeut.

Behandlungserfolg.

Beck-Depressions-Inventar, BDI-II: Als primäres *Outcome*-Mass für den Behandlungserfolg wurde der BDI-II (Hautzinger, Keller & Kühner, 2009) eingesetzt. Die Patienten füllten den BDI-II vor Gruppenbeginn und nach Gruppenbeendigung (nach Beendigung der Intervention) aus. Der BDI-II ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und erfasst 21 Symptome der Depression, wobei jeweils auf einer vierstufigen Antwortskala (0 = *nicht vorhanden*, 1 = *leichte Ausprägung*, 2 = *mässige Ausprägung*, 3 = *starke Ausprägung*) einzuschätzen ist, wie sich der Beurteiler in den vergangenen zwei Wochen gefühlt hat (Cronbach's $\alpha = .93$). Hohe Werte (maximaler Summenwert = 63) weisen auf stark ausgeprägte Depressivität hin, niedrige Werte (minimaler Summenwert = 0) auf keine bzw. klinisch unauffällige Depressivität. Anhand des Summenscores kann die Schwere der Depressivität der Patienten eingeteilt werden in die Kategorien *keine* (< 10 Punkte), *leichte* (11-19 Punkte), *mittlere* (20-28 Punkte) und *schwere* (≥ 29 Punkte). Anhand der BDI-II Differenz zwischen Prä- (vor Gruppenbeginn) und Post-Messung (nach Gruppenbeendigung) können die Patienten eingeteilt werden in die Kategorien *Non-Responder* (< 50% Reduktion der Punkte zwischen Prä und Post), *Responder* ($\geq 50\%$ Reduktion) und *Remission* (≤ 9 Punkte in der Post-Messung). Der BDI-II wurde auf seine Reliabilität und Validität hin empirisch an verschiedenen Stichproben überprüft und zählt im deutschen Sprachraum als erprobtes Verfahren zur Beurteilung der Schwere der Depression.

Soziale Aktivität Selbstbeurteilungs-Skala, SASS: Ein weiteres sekundäres *Outcome*-Mass stellte die SASS (Duschek, Schandry & Hege, 2003) dar. Die SASS wurde von den Patienten vor Gruppenbeginn und nach Gruppenbeendigung ausgefüllt. Der Fragebogen ist

ein Selbstbeurteilungsinstrument und erfasst die soziale Funktionsfähigkeit und ihre Beeinträchtigung bei erwachsenen depressiven Patienten ($\alpha = .90$). Die Qualität der Interaktion zwischen einem Individuum und seiner sozialen Umwelt bildet die soziale Funktionsfähigkeit ab. Das Verfahren enthält 20 Items mit Antwortmöglichkeiten einer vierstufigen Skala (jeweils 0-3 Punkte) und bezieht sich auf die Lebensbereiche Familie, Arbeit, Freundes- und Bekanntenkreis sowie Freizeitaktivitäten. Das Konstrukt der sozialen Funktionsfähigkeit wird anhand eines Summenscores erfasst: Hohe Werte (maximaler Summenscore = 60 Punkte) stehen für hohe soziale Funktionsfähigkeit. Die Patienten können eingeteilt werden in die Kategorien *normale soziale Funktionsfähigkeit* (> 35 Punkte) und *reduzierte soziale Funktionsfähigkeit* (≤ 35 Punkte). Die SASS wurde auf seine Reliabilität und Validität hin empirisch an verschiedenen Stichproben überprüft.

Impact Message Inventory, IMI-R: Weitere Hinweise auf den Behandlungserfolg sollten die Veränderungen im IMI-R (Caspar, 2002) liefern. Mögliche Veränderungen des zwischenmenschlichen Beziehungsstils wurden so erfasst. Der Fragebogen wurde vom Gruppentherapeut vor Gruppenbeginn und nach Gruppenbeendigung für jeden Patienten ausgefüllt. Der IMI-R ist ein Fremdbeurteilungsinstrument, wobei der Stimuluscharakter des Patienten, basierend auf dem Kiesler Kreis Modell (Kiesler, 1983), durch den Gruppentherapeuten geratet wird ($\alpha = .79$ bis $.97$). Der IMI-R wurde innerhalb der interpersonalen Tradition entwickelt (Hafkenscheid, 2012). Es wird angenommen, dass alle zwischenmenschlichen Verhaltensmuster sich durch eine Kombination von zwei zentralen deskriptiven Dimensionen erklären lassen: *Kontrolle* und *Zugehörigkeit*. Beide spannen einen zweidimensionalen Raum auf, was als *interpersonaler Circumplex* bezeichnet wird. Im IMI-R wird der interpersonale Raum unterteilt in acht Oktanten/ Faktoren, welche die Kombinationen von Kontrolle und Zugehörigkeit repräsentieren. Erhoben werden die acht Faktoren des Kiesler Kreis Modells: *freundlich*, *freundlich-submissiv*, *submissiv*, *feindselig-*

submissiv, feindselig, feindselig-dominant, dominant, freundlich-dominant (Constantino et al., 2008; Grosse Holtforth, Altenstein, Ansell, Schneider & Caspar, 2011). Auf einer vierstufigen Ratingskala (1 = *stimmt gar nicht*, 2 = *stimmt eher nicht*, 3 = *stimmt eher*, 4 = *stimmt genau*) werden die acht Faktoren anhand von je acht Items (insgesamt 64 Items) erhoben. Die vermuteten Veränderungen im Stimuluscharakter der Patienten unterliegen McCulloughs Ansicht, dass das *CBASP* effektiv das interpersonelle Funktionieren verbessert (McCullough, 2000, 2006).

Prädiktoren.

Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, SKID-I: Anhand der Screening-Fragen des SKID-I (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997) sollte erhoben werden, ob die Patienten zusätzlich zur Depressions-Diagnose eine weitere psychische Störung aufwiesen. Ob die Patienten *chronisch* und/oder *akut-episodisch depressiv* waren, wurde im Rahmen des der Gruppe vorausgehenden Einzelgesprächs individuell erhoben. Die Patienten können eingeteilt werden in die Kategorien *komorbid* und *nicht komorbid*. Das SKID-I wurde auf Reliabilität und Validität hin empirisch an verschiedenen Stichproben überprüft und wird in der Diagnostik regelmässig eingesetzt.

Childhood Trauma Questionnaire, CTQ: Der CTQ (Gast, Rodewald, Benecke & Driessen, 2001) wurde von den Patienten vor Gruppenbeginn einmalig ausgefüllt. Das Instrument misst *Missbrauch* (emotional, physisch, sexuell) und *Vernachlässigung* (emotional, physisch) in der Kindheit. Die Subskalen bestehen jeweils aus fünf Items. Eine zusätzliche Subskala misst mit drei Items die Tendenz, kindliche Missbrauchserfahrungen zu bagatellisieren oder zu leugnen. Die deutsche Version enthält auch noch eine Skala, die mit drei Items die Inkonsistenzerfahrungen in der Ursprungsfamilie misst. Der Patient beantwortet auf einer fünfstufigen Antwortskala (1 = *überhaupt nicht* bis 5 = *sehr häufig*) das Auftreten traumatischer Erfahrungen. Für jede Skala wird die Summenscore ausgerechnet

(min. 5 Punkte = *kein Missbrauch oder Vernachlässigung* bis max. 25 Punkte = *extreme Erfahrungen von Missbrauch und Vernachlässigung*), wobei die Patienten eingeteilt werden in die Kategorien *nicht traumatisiert* vs. *traumatisiert* (entspricht dem Gesamtsummenscore mindestens im Bereich *mittel-schwer* in mindestens einer Subskala gemäss den definierten Cutoffwerten von Bernstein & Fink, 1998). Für die Prädiktorenrechnungen wird der Gesamtsummenscore mit Inkonsistenzenerfahrung herangezogen.

Toronto-Alexithymie-Skala-26, TAS-26: Die TAS-26 (Kupfer, Brosig & Brähler, 2001) wurde von den Patienten einmalig vor Gruppenbeginn ausgefüllt. Der Fragebogen misst auf drei Skalen *Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen*, *Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen* und den *extern orientierten Denkstil*. Diese drei Skalenwerte können zur *Alexithymie-Gesamtskala* ($\alpha = .81$) addiert werden. 26 Items werden auf einer fünfstufigen Skala beantwortet (1 = *trifft gar nicht zu* bis 5 = *trifft völlig zu*). Hohe Werte sprechen für eine hohe Ausprägung der Alexithymie. Für die Prädiktorenrechnung wird die Alexithymie-Gesamtskala herangezogen, wofür die Patienten eingeteilt werden in die Kategorien *alexithym* (≥ 54 Punkte) und *nicht alexithym* (< 54 Punkte). Die TAS-26 wurde auf seine Reliabilität und Validität hin empirisch an verschiedenen Stichproben überprüft.

Machbarkeit (proof of concept)/ mögliche Wirkfaktoren.

Die Frage nach der Machbarkeit (*proof of concept*) und möglichen Wirkfaktoren wird auf drei Ebenen beantwortet: 1. Die unter *Behandlungserfolg* erwähnten Messinstrumente (BDI-II, SASS, IMI-R) geben Hinweise auf die allgemeine Wirksamkeit der Interpersonellen Modulgruppe. 2. Die Wirkfaktoren der einzelnen Sitzungen werden gemessen mit den Patienten- und Therapeutensitzungsbögen. 3. Die Machbarkeit und Wirkfaktoren der Module und Strategien werden gemessen anhand des Gruppenevaluationsbogens. Nachfolgend werden die Stundenbögen und Gruppenevaluationsbögen näher erläutert.

Patienten- und Therapeutesitzungsbögen (Wirkfaktoren der einzelnen Sitzungen):

Die hier eingesetzten Patienten- und Therapeutesitzungsbögen (Tschacher & Endtner, 2007) sind Instrumente, die zur Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung eingesetzt werden. Im Anschluss an die Gruppensitzung wurden sie von den Patienten (d.h. insgesamt acht Mal) und vom Therapeuten (über alle 13 Durchgänge hinweg, d.h. insgesamt 104 Mal) ausgefüllt. Durch die Selbsteinschätzung evaluieren die Patienten und Therapeuten den jeweils vorher stattgefundenen Therapieprozess. So entsteht ein Abbild des Therapieverlaufs aus Patienten- und Therapeutesicht. Die gemessenen Wirkfaktoren können mit den in der vorangegangenen Sitzung angewendeten Modulen in Zusammenhang gebracht werden. Ausserdem kann überprüft werden, ob sich die einzelnen Sitzungen oder Blöcke bezüglich ihrer Wirkfaktoren unterscheiden. Der hier verwendete Patientensitzungsbogen misst mit 25 Items fünf Wirkfaktoren (*Therapiebeziehung, Selbstwirksamkeit/Bewältigung, Emotionsregulation, Klärung* und *Gruppenklima*) auf einer siebenstufigen Likertskala (von -3 = *überhaupt nicht zu* bis +3 = *ja, ganz genau*). Die Skalenbeschreibung und dazugehörige Itembeispiele werden nachfolgend aufgeführt.

Die Skala *Therapiebeziehung*, gemessen mit 7 Items, spiegelt die Therapiebeziehung wider und beschreibt, wie sich ein Patient durch den Therapeuten verstanden fühlt. Itembeispiele: „*Der Therapeut und ich verstehen einander*“ oder „*Ich glaube, der Therapeut ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert*“. Die Skala *Selbstwirksamkeit/Bewältigung*, gemessen mit 4 Items, beschreibt wie durch das therapeutische Vorgehen das individuelle Selbstwirksamkeitserleben erhöht wird. Itembeispiele: „*Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen*“ oder „*Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen fühlte*“. Die Skala *Emotionsregulation*, gemessen mit 6 Items, erfasst, wie die Patienten ihre Emotionen im Therapiesetting regulieren. Itembeispiele: „*Heute konnte ich spüren, was in mir emotional vorgeht*“ oder „*In der Sitzung*

konnte ich meine Gefühle der Situation entsprechend ausdrücken“. Die Skala *Klärung*, gemessen mit 4 Items, untersucht, inwiefern das therapeutische Vorgehen eine (momentane) Klärung oder neue Sichtweise der eigenen Probleme und/oder der eigenen Verhaltensmuster bewirkt. Itembeispiele: *„Ich habe das Gefühl, dass ich mich und meine Probleme besser verstehe“* oder *„Heute habe ich Einsichten über mich selbst gewonnen“*. Die Skala *Gruppenklima*, gemessen mit 4 Items, beschreibt, wie gut sich die Patienten in der Gruppe aufgehoben fühlen. Itembeispiele: *„Ich habe das Gefühl, dass wir wirklich eine Gruppe bilden“* oder *„Heute wurde in der Gruppensitzung wohlwollend auf meine Anliegen und Bedürfnisse eingegangen“*.

Der Therapeutensitzungsbogen enthält 23 Items und misst die gleichen zuvor genannten Faktoren in derselben Antwortmodalität. Die Skala *Therapiebeziehung*, gemessen mit 6 Items, gibt die Stärke der Therapiebeziehung zu den einzelnen Individuen bzw. zur Gruppe wider. Itembeispiele: *„Heute habe ich mich in der Beziehung zu den Patienten wohl gefühlt“* oder *„Die Patienten und ich arbeiten an gemeinsamen Zielen“*. Die Skala *Selbstwirksamkeit/Bewältigung*, gemessen mit 4 Items, repräsentiert inwiefern es gelang, die Kompetenzen der Patienten zu erhöhen und ob ihr Bewältigungsrepertoire angesichts von Problemen vergrößert werden konnte. Itembeispiele: *„Ich habe heute darauf hingearbeitet, dass die Patienten für sie schwierige Situationen bewältigen können“* oder *„Heute habe ich versucht, die Handlungskompetenzen der Patienten zu verbessern“*. Die Skala *Emotionsregulation*, gemessen mit 5 Items, repräsentiert, inwiefern es dem Therapeuten gelungen ist, die Patienten dazu zu bringen, ihre Emotionen in eine bestimmte Richtung zu beeinflussen und ein angezieltes Ergebnis zu erreichen. Itembeispiele: *„Heute habe ich die Patienten darin gefördert, ihre Gefühle auszudrücken“* oder *„Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass die Patienten ihre Gefühle wahrnehmen“*. Die Skala *Klärung*, gemessen mit 4 Items, untersucht, inwiefern es dem Therapeuten gelungen ist, dass die Patienten ihre

Probleme und Verhaltensmuster verstehen und in Zusammenhänge bringen können.

Itembeispiele: „*Heute habe ich darauf hingewirkt, dass den Patienten wichtige*

Zusammenhänge ihres Erlebens und Verhaltens klar werden“ oder „*Heute habe ich mit den*

Patienten daran gearbeitet, dass sie sich über ihre Beziehungen zu anderen Menschen klar

werden“. Die Skala *Gruppenklima*, gemessen mit 4 Items, beschreibt, wie der Therapeut die

Interaktion der Gruppe und die Gruppenkohäsion einschätzt. Itembeispiele: „*Heute war der*

Gruppenzusammenhalt gross“ oder „*Heute herrschte eine entspannte Stimmung in der*

Gruppe“.

Die beiden Sitzungsbögen wurden auf der Basis von zwei schon bestehender Stundenbögen (Regli & Grawe, 2000) entwickelt. Die Autoren schreiben, Forschungsergebnisse hätten gezeigt, dass bei den meisten psychischen Störungen eine Dysfunktion der *Emotionsregulation* zu finden ist (Gratz & Roemer, 2004; Greenberg, 2000) und diese Thematik daher in der Psychotherapie einen immer grösseren Stellenwert einnimmt (Endtner, Tschacher & Thommen, 2008). Forschungsergebnisse definieren Emotionsregulation als allgemeinen Wirkfaktor, der massgeblich zur Veränderung von psychischen Störungen beiträgt, weswegen dieser Faktor in den Stundenbögen miterhoben wird. Die Entwicklung und das Vorgehen bezüglich der Neukonzeption der Fragebögen sind bei Tschacher und Endtner (2007) nachzulesen. Die Autoren setzten die Fragebögen in *RCTs* aber auch in mit dieser Studie vergleichbaren Settings ein und überprüften sie an mehreren Stichproben.

Gruppenevaluationsbogen (Wirksamkeit der Module und Strategien): Um die subjektiven Erfahrungen zu erheben, füllten die Patienten nach Beendigung der Gruppe den eigens erstellten Gruppenevaluationsbogen aus. Die Fragen (aufgelistet in Tabelle 10, Anhang A) sind angelehnt an den Gruppenevaluationsbogen von Brakemeier et al. (2015), die mit stationären, chronisch depressiven Patienten ein multidisziplinäres *CBASP*-Programm

auf *Outcome* und *Durchführbarkeit* hin untersucht haben. Unser Gruppenevaluationsbogen besteht aus 32 Items, die auf einer fünfstufigen Likertskala (von 1 = *trifft gar nicht zu* bis 5 = *trifft sehr gut zu*) einzuschätzen sind, acht Items, die Aspekte, analog zu Schulnoten, auf einer sechsstufigen Antwortskala (von 1 = *sehr schlecht* bis 6 = *sehr gut*) einzuschätzen sind und drei offen gestellten Fragen. Die Patienten werden beispielsweise aufgefordert, Aussagen wie „*Die Interpersonelle Modulgruppe war für mich hilfreich*“ oder „*Ich bin zufrieden mit dem Verlauf der Interpersonellen Modulgruppe*“ zu bewerten. Nebst Hinweisen zur Wirksamkeit liefert der Fragebogen auch Antworten zur Akzeptanz.

Auch das Team (Therapeuten und Pflege) beantwortete einen eigens erstellten Gruppenevaluationsbogen (siehe Tabelle 11, Anhang A), nachdem alle Sitzungen einmal durchlaufen waren. Der Gruppenevaluationsbogen für das Team besteht aus fünf Items, die auf einer fünfstufigen Likertskala (von 1 = *trifft gar nicht zu* bis 5 = *trifft sehr gut zu*) einzuschätzen sind. Das Team wird beispielsweise aufgefordert, Aussagen wie „*Ich denke, die Interpersonelle Modulgruppe lässt sich gut durchführen*“ oder „*Ich denke, die Interpersonelle Modulgruppe konnte gut in den Stationsalltag integriert werden*“ zu bewerten. Der Gruppenevaluationsbogen soll Hinweise auf die Wirksamkeit, Akzeptanz und Durchführbarkeit aus Teamsicht liefern.

Durchführbarkeit (feasibility) und Akzeptanz (acceptance).

Die gerade beschriebenen Gruppenevaluationsbögen (siehe Tabelle 10 & Tabelle 11, Anhang A) liefern Hinweise auf die Durchführbarkeit und Akzeptanz.

Gemäss *National Institute for Health Research (NHS)* entspricht das Studiendesign einer offenen Pilotstudie (NETSCC, 2012), wobei die *Durchführbarkeit* operationalisiert wird durch Fragen wie:

- Sind genug Patienten verfügbar?
- Werden die Fragebögen ausgefüllt/ Wie hoch sind die *Response*-Raten der Fragebögen?

- Wie gut ist die Adhärenz/ *Compliance*-Rate (wie viele *Dropouts*)?
- Wie viele Daten können verwendet werden?

Akzeptanz wird operationalisiert durch Fragen wie (NETSCC, 2012):

- Wie reagieren die Patienten/ Wie reagiert das Team (Feedback erhoben durch die Evaluationsbögen)?
- Wie ist die Nachfrage/ Klappt die Implementierung/ Praktikabilität/ Integration/ Ist Expansion möglich?

Datenanalyse

Die Daten werden analysiert mit der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics (Version 24) für Mac OS X. Das statistische Signifikanzniveau wird auf 5% ($\alpha = .05$) gesetzt und es werden jeweils die zweiseitigen *p*-Werte berichtet. Als Mass für die Effektstärken der Prä-Post-Messungen wird Cohen's *d* (Cohen, 1988) verwendet. Nach Cohen bedeutet $d = 0.20$ einen kleinen, $d = 0.50$ einen mittleren und $d = 0.80$ einen grossen Effekt beim t-Test.

Die Resultate aus Phase I und II werden berichtet, wobei der Fokus jedoch auf den Resultaten von Phase II liegt. Die Resultate aus beiden Phasen werden zur Vollständigkeit jeweils verglichen, sofern das möglich ist.

Zunächst wird erfasst, wie viele der Teilnehmenden von Phase I und Phase II (*initiale Stichprobe* $N = 16$ resp. 43) die Gruppe beendet haben (*Completer*) und wie viele nicht (*Non-Completer*). Zur Berechnung, ob Unterschiede zwischen den *Completern* und den *Non-Completern* (*Dropouts*) in wichtigen deskriptiven Variablen bestehen, werden für die intervallskalierten Variablen (z.B. Alter, Anzahl früherer Episoden, BDI-II-Eintritt, SASS-Eintritt, etc.) t-Tests für unabhängige Stichproben und für die nominalen Variablen (z.B. Geschlecht, Schulabschluss, Komorbidität, Traumatisierung, etc.) χ^2 -Tests gerechnet. Falls es keine signifikanten Unterschiede zwischen den *Completern* und *Non-Completern* gibt, werden diese für die weiteren Berechnungen ausgeschlossen und nur noch mit den

Completern als finale Stichprobe weitergearbeitet (*complete case Auswertung*). Die Varianzhomogenität sowie die Normalverteilung der Messwerte werden vorab geprüft. Bei Verletzung der Voraussetzungen werden die jeweiligen non-parametrischen Verfahren gerechnet. Die demographischen und klinischen Merkmale der Stichproben werden deskriptiv dargestellt.

Prä-Post-Mittelwertunterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten im BDI-II, in der SASS und im IMI-R, gerechnet durch t-Tests für abhängige Stichproben mit Messwiederholung, geben Antwort auf die Frage des Behandlungserfolgs.

Um eventuelle Prädiktoren zu identifizieren, werden zunächst rein explorativ die Einzelkorrelationen gerechnet, um die Zusammenhänge zu identifizieren. Angegeben wird der Korrelationskoeffizient nach Pearson; gemäss Cohen (1992) bedeutet $r = .10$ einen kleinen, $r = .30$ einen mittleren, $r = .50$ einen grossen Effekt. Dann werden multiple Regressionen mit Rückwärtselimination gerechnet, um herauszufinden, ob der Behandlungserfolg (BDI-II-Austritt, SASS-Austritt) durch Alter, Geschlecht, Komorbidität, BDI-II-Eintritt, SASS-Eintritt, CTQ und TAS-26 vorhergesagt werden kann. Somit wird die Kolinearität aller hinzugefügten Variablen berücksichtigt, d.h. wenn die Prädiktoren hoch korrelieren, geht nur der mit der höchsten Korrelation ein, da die anderen keinen Mehrwert haben und deswegen keine zusätzliche Varianz aufklären. Um zu sehen, wie viel Varianz erklärt werden kann, wird das korrigierte R^2 (Bestimmtheitsmass) berichtet. Die standardisierten Regressionskoeffizienten β werden berichtet, um die Stärke und Richtung der unabhängigen Variablen auf die abhängigen Variablen (BDI-II-Austritt und SASS-Austritt) anzugeben. Die nominalen Variablen werden dichotom kodiert (0 = *nicht komorbid/ männlich*; 1 = *komorbid/ weiblich*).

Die Fragen, ob die Interpersonelle Modulgruppe durchführbar (*feasibility*) und hilfreich (*acceptability*) ist, wird zunächst anhand der Ausfallrate (in % angegeben) und

deskriptiv beantwortet. Gründe für das *Dropout* werden miterhoben und beschrieben. Die Antworten aus den Gruppenevaluationsbögen (fünfstufige Likertskala von 1 = *trifft gar nicht zu* bis 5 = *trifft sehr gut zu*; Tabelle 10 & 11, Anhang A) werden mit Werten ab 3 (*trifft ziemlich zu*) als angenommen/ akzeptiert interpretiert. Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen der zusammengehörenden Items werden berichtet, um herauszufinden, wie hilfreich die Patienten und das Team die Gruppe empfunden haben und welche Elemente der Behandlung aus ihrer Sicht dazu beigetragen haben (z.B. Einsatz Kiesler Kreis Modell, Achtsamkeitsübungen, Wertearbeit, Einzelgespräche, Medikamente, etc.). Item-Interkorrelationen geben Aufschluss darüber, welche Items zusammengefasst werden können. Im Gruppenevaluationsbogen wird ausserdem erfasst, welchen Anteil die Interpersonelle Modulgruppe aus Patientensicht zum gesamten Therapieergebnis beigetragen hat. Die Frage der Limitationen soll durch die offen gestellte Frage im Gruppenevaluationsbogen „*Was mir am wenigsten geholfen hat bzw. was beurteile ich negativ (einschl. Veränderungsvorschlägen)*“ sowie durch die *Dropout*-Rate beantwortet werden.

Um herauszufinden, welche Wirkfaktoren sich identifizieren lassen, werden die Sitzungsbögen herangezogen. Für jeweils alle vier Blöcke werden die Mittelwerte und Standardabweichungen (mögliche Werte von -3 *überhaupt nicht* bis +3 *ja, ganz genau*) der erhobenen fünf Faktoren (*Therapiebeziehung, Selbstwirksamkeit/ Bewältigung, Emotionsregulation, Klärung, Gruppenklima*) deskriptiv berichtet. Um zu bestimmen, ob sich ein Wirkfaktor zwischen den Blöcken unterscheidet, werden für die Mittelwerte der einzelnen Wirkfaktoren getrennt Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet. Die abhängige Variable ist der jeweilige Wirkfaktor, die unabhängige Variable ist die Blocknummer (mit vier Faktorstufen/ Blocknummern). Dasselbe für alle Wirkfaktoren in jedem Block, dann mit fünf Faktorstufen. Ist der Mauchly Test auf Sphärizität verletzt, wird

nach Greenhouse-Geisser korrigiert. Als Effektstärke wird das Eta-Quadrat η^2 angegeben.

Gemäss Cohen (1988) bedeuten $\eta^2 = .01$ einen kleinen, $\eta^2 = .06$ einen mittleren und $\eta^2 = .14$

einen grossen Effekt. Werden die Haupteffekte signifikant, werden die geschätzten

Randmittel und paarweisen Vergleiche berichtet. Da es sich hier um Mehrfachvergleiche

handelt, wird nach Bonferroni korrigiert.

Resultate

Zunächst werden die Resultate der Patienten berichtet, nachfolgend jene des Teams (Therapeuten und Pflege).

Beschreibung der Stichprobe

Phase I.

Die demographischen und klinischen Merkmale der Stichprobe bei Baseline sind zusammenfassend in Tabelle 5 dargestellt.

Die Patienten in Phase I (10 weiblich, 6 männlich) waren durchschnittlich 54 Jahre alt ($SD = 10.92$; range: 35-73). 8 der 16 Patienten (50%) hatten die Diagnose einer chronischen oder häufig rezidivierenden depressiven Störung (3 mittelgradig, 5 Patienten schwer ausgeprägt), die restlichen 8 Patienten (50%) kamen mit der ersten depressiven Episode (6 mittelgradige und 2 schwer ausgeprägte Episoden). Die meisten Patienten (88%, $n = 14$) erhielten mindestens eine weitere Diagnose einer komorbide Achse-I Störung, vorwiegend aus dem Bereich der Substanzkonsumstörungen (50%, $n = 7$) und Angststörungen (29%, $n = 4$), aber auch somatoforme Störungen (14%, $n = 2$) und Essstörungen (7%, $n = 1$). Insgesamt gaben über die Hälfte der Gruppenteilnehmer (56%; $n = 9$) im CTQ frühe Traumatisierungen von mindestens mittelschwerer Ausprägung an (22%, $n = 2$ Patienten in den Bereichen emotionaler Missbrauch und emotionale Vernachlässigung; 11%, $n = 1$ Patient im Bereich körperlicher Missbrauch; 11%, $n = 1$ Patient im Bereich emotionaler Vernachlässigung; 33%, $n = 3$ Patienten im Bereich körperlicher Vernachlässigung; 11%, $n = 1$ Patient im Bereich sexuellem Missbrauch und 11%, $n = 1$ Patient erfuhr Traumatisierung in allen Bereichen). 15 Patienten (94%) waren ambulant vorbehandelt, knapp zweidrittel (63%, $n = 10$) auch schon stationär. Alle Patienten nahmen bei Beginn und Beendigung der Gruppe Psychopharmaka ein. Zur Übersicht siehe Tabelle 5.

Tabelle 5

Demographische und klinische Merkmale der initialen Stichprobe (N = 16) aus Phase I bei

Baseline

Merkmale	Patienten (N = 16)
<i>Demographische Merkmale</i>	
Alter bei Eintritt, Jahre	M = 54, SD = 10.92, range: 35-73
weiblich, n (%)	10 (63)
Schulabschluss, n (%)	
Hauptschule	1 (6)
Realschule	8 (50)
Matur	7 (44)
arbeitslos oder frühberentet, n (%)	8 (50)
verheiratet/ in einer Beziehung, n (%)	9 (56)
<i>Klinische Merkmale</i>	
Primärdiagnose, n (%)	
chronische Depression	3 (19)
rezidivierende Depressive Störung	5 (31)
erstmalige depressive Episode	8 (50)
komorbid ^a , n (%)	14 (88)
Substanzkonsumstörung	7 (50)
Angststörung	4 (29)
Somatoforme Störung	2 (14)
Essstörung	1 (7)
Anzahl MDDs ^b	M = 2.63, SD = 2.28, range: 1-8
traumatisiert gemäss CTQ ^c , n (%)	9 (56)
Vorbehandlung, n (%)	
ambulant	15 (94)
stationär ^d	10 (63)

Fortsetzung Tabelle 5

Demographische und klinische Merkmale der Stichprobe aus Phase I bei Baseline (initiale Stichprobe, N = 16)

Medikamentengruppen bei Eintritt ^e , n (%)	16 (100)
A	1 (6)
A & B	6 (38)
A, B & N	9 (56)
Hauptfokus gemäss IPT, n (%)	
Rollenwechsel	7 (44)
Arbeitsstress	6 (38)
Trauer	1 (6)
Isolation	2 (12)
BDI-II ^f Eintrittswert	$M = 26.31, SD = 5.95, \text{range: } 20-40$
SASS ^g Eintrittswert	$M = 39.25, SD = 6.52, \text{range: } 28-51$
red. soz. Funktionsfähigkeit ^h , n (%)	5 (31)

Anmerkung. Die Eintrittswerte beziehen sich auf den Zeitpunkt des Gruppenbeginns.

Abkürzungen: A = Antidepressiva; B = Benzodiazepine; N = Neuroleptika; S = Stimmungsstabilisierer. red. soz. = reduzierte soziale.

^aKriterien für mindestens eine andere Achse I Störung gemäss SKID-I sind erfüllt. ^bAnzahl depressiver Episoden, inklusive der aktuellen. ^cMindestens *moderat-schwer* im CTQ gemäss den Cutoffwerten von Bernstein & Fink (1998). ^dMindestens eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Akut- oder Rehabilitationsklinik. ^eBei Gruppenstart. ^fWerte von 0-63, hohe Werte stehen für hohe Depressivität. ^gWerte von 0-60, hohe Werte stehen für hohe soziale Fertigkeiten. ^hSASS-Summenscore \leq 35 Punkte.

Von der ursprünglichen Stichprobe (N = 16) beendeten 15 Patienten (94%) das Programm und bilden somit die finale Stichprobe für die weiteren Analysen. Grund für das frühzeitige Beenden der einen Patientin war emotionale Überforderung aufgrund eines schon vorher bestehenden Konflikts mit einer Mitpatientin. Die Patientin war 39 Jahre alt, verheiratet und kam mit einer erstmaligen depressiven Episode und komorbid einer

Medikamentenabhängigkeit, BDI-II liegt bei 21, SASS liegt bei 42, Traumatisierungen in den Bereichen emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung. Sie war von den demographischen und klinischen Merkmalen her der verbliebenen Stichprobe ähnlich, vom Schweregrad der Erkrankung eher leichter einzustufen. Diese Person wurde für die weiteren Analysen nicht mehr berücksichtigt. Die Ausfallrate betrug also 6%. Die Resultate der finalen Stichprobe aus Phase I sind in Tabelle 8 im Kapitel *Zusammenfassung der Patientenresultate* dargestellt.

Phase II.

Die demographischen und klinischen Merkmale der Stichprobe bei Baseline sind zusammenfassend in Tabelle 6 dargestellt.

Die Patienten in Phase II (31 weiblich, 12 männlich) waren durchschnittlich 59 Jahre alt ($SD = 13.07$; range: 28-88). 32 der 43 Patienten (74%) hatten eine Primärdiagnose einer chronischen oder häufig rezidivierenden Depressiven Störung (5 leicht, 8 mittelgradig, 19 Patienten schwer ausgeprägt). Die anderen 11 Patienten (26%) erhielten die Diagnose einer erstmaligen depressiven Episode (2 leicht, 7 mittelgradig, 2 Patienten schwer ausgeprägt). Die meisten Patienten (93%, $n = 40$) haben mindestens eine komorbide Achse-I Störung, vorwiegend aus dem Bereich der Substanzkonsumstörungen (38%, $n = 15$) und Angststörungen (30%, $n = 12$) aber auch somatoformen Störungen (18%, $n = 7$), Dysthymie (12%, $n = 5$) und Essstörungen (2%, $n = 1$). Gut die Hälfte der Teilnehmer (51%, $n = 22$) berichtete von frühkindlichen Traumatisierungen von mindestens mittelschwerer Ausprägung (5%, $n = 1$ Patient im Bereich emotionaler Missbrauch; 9%, $n = 2$ Patienten im Bereich sexuelle Gewalt/ sexueller Missbrauch; 14%, $n = 3$ Patienten im Bereich emotionale Vernachlässigung; 9%, $n = 2$ Patienten im Bereich körperliche Vernachlässigung; 9% $n = 2$ Patienten in den Bereichen emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung; 5%, $n = 1$ Patient in den Bereichen sexuelle Gewalt/ sexueller Missbrauch und emotionale Vernachlässigung; 5%, $n = 1$ Patient in den Bereichen emotionale Vernachlässigung und körperliche

Vernachlässigung; 5%, $n = 1$ Patient in den Bereichen emotionaler Missbrauch und sexuelle Gewalt/ sexueller Missbrauch; 14%, $n = 3$ Patienten in den Bereichen sexuelle Gewalt/ sexueller Missbrauch, emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung; 9%, $n = 2$ Patienten in den Bereichen emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung, sexuelle Gewalt/ sexueller Missbrauch und körperliche Vernachlässigung; 5%, $n = 1$ Patient in den Bereichen emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung, körperlicher Missbrauch und Vernachlässigung; 14%, $n = 3$ Patienten erfuhren Traumatisierung in allen Bereichen). Ein Fünftel der Patienten erfüllte die Kriterien einer Alexithymie (21%, $n = 9$). Alle Patienten waren ambulant vorbehandelt, knapp zwei Drittel (65%, $n = 28$) auch schon stationär. Alle Patienten nahmen bei Beginn und Beendigung der Gruppe Psychopharmaka ein. Zur Übersicht siehe Tabelle 6.

Tabelle 6

Demographische und klinische Merkmale der initialen Stichprobe ($N = 43$) aus Phase II bei Baseline

Merkmale	Patienten ($N = 43$)
<i>Demographische Merkmale</i>	
Alter bei Eintritt, Jahre	$M = 58.84$, $SD = 13.07$, range: 28-88
weiblich, n (%)	31 (72)
Schulabschluss, n (%)	
Hauptschule	10 (23)
Realschule	11 (26)
Matur	22 (51)
arbeitslos oder frühberentet, n (%)	19 (44)
verheiratet/ in einer Beziehung, n (%)	17 (40)

Fortsetzung Tabelle 6

Demographische und klinische Merkmale der Stichprobe aus Phase II bei Baseline (initiale Stichprobe, N = 43)

Klinische Merkmale

Primärdiagnose, <i>n</i> (%)	
chronische Depression	13 (30)
rezidivierende Depressive Störung	19 (44)
erstmalige depressive Episode	11 (26)
komorbid ^a , <i>n</i> (%)	40 (93)
Substanzkonsumstörung	15 (38)
Angststörung	12 (30)
Somatoforme Störung	7 (18)
Dysthymie	5 (12)
Essstörung	1 (2)
Anzahl MDDs ^b	<i>M</i> = 4.40, <i>SD</i> = 4.87, range: 1-29
traumatisiert gemäss CTQ ^c , <i>n</i> (%)	22 (51)
Alexithym gemäss TAS-26 ^d , <i>n</i> (%)	9 (21)
Vorbehandlung, <i>n</i> (%)	
ambulant	43 (100)
stationär ^e	28 (65)
Medikamentengruppen bei Eintritt ^f , <i>n</i> (%)	43 (100)
A	1 (2)
A & N	3 (7)
A & B	11 (26)
A, B & N	22 (51)
A, S & B	4 (9)
A, S, N & B	2 (5)
Hauptfokus gemäss IPT, <i>n</i> (%)	
Rollenwechsel	20 (47)
Arbeitsstress	10 (23)
Trauer	7 (16)
Isolation	4 (9)
Konflikte	2 (5)

Fortsetzung Tabelle 6

Demographische und klinische Merkmale der Stichprobe aus Phase II bei Baseline (initiale Stichprobe, N = 43)

BDI-II ^g Eintrittswert	$M = 29.51, SD = 9.90, \text{range: } 15-54$
SASS ^h Eintrittswert	$M = 36.16, SD = 7.88, \text{range: } 12-50$
red. soz. Funktionsfähigkeit ⁱ , n (%)	21 (49)
IMI-R bei Eintritt ^j	
freundlich-dominant	$M = 1.82, SD = 0.43, \text{range: } 1.13-2.75$
feindlich-unterwürfig	$M = 2.79, SD = 0.46, \text{range: } 1.75-4$

Anmerkung. Die Eintrittswerte beziehen sich auf den Zeitpunkt des Gruppenbeginns.

Abkürzungen: A = Antidepressiva; N = Neuroleptika; B = Benzodiazepine; S = Stimmungsstabilisierer red. soz. = reduzierte soziale.

^aKriterien für mindestens eine andere Achse I Störung gemäss SKID-I sind erfüllt. ^bAnzahl depressiver

Episoden, inklusive der aktuellen. ^cMindestens *moderat-schwer* im CTQ gemäss den Cutoffwerten von

Bernstein & Fink (1998). ^dAlexithymie-Gesamtskala ≥ 54 Punkte; hohe Werte stehen für hohe Alexithymie.

^eMindestens eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Akut- oder

Rehabilitationsklinik. ^fbei Gruppenstart. ^gWerte von 0-63, hohe Werte stehen für hohe Depressivität. ^hWerte von

0-60, hohe Werte stehen für hohe soziale Fertigkeiten. ⁱSASS-Summenscore ≤ 35 Punkte. ^jNach erster

Gruppensitzung, ausgefüllt vom Gruppentherapeuten.

Von der ursprünglichen Stichprobe ($N = 43$) beendeten 39 Patienten das Programm und bilden somit die finale Stichprobe für die weiteren Analysen. Eine Patientin fühlte sich nach der ersten Sitzung überfordert, die anderen drei traten frühzeitig aus der Klinik aus (eine Verlegung aufgrund körperlicher Verschlechterung, ein Austritt aufgrund eines Konfliktes mit einer Mitpatientin und einer aufgrund symptomatischer Besserung, die nicht länger einen stationären Aufenthalt erforderte). Die Ausfallrate beträgt also 9%. Die Unterschiede zwischen den *Completern* und *Non-Completern* bzgl. der wichtigsten deskriptiven Merkmale sind in Tabelle 12 (Anhang A) ersichtlich. Die Patienten, die vorzeitig ausschieden, unterscheiden sich nicht von den *Completern*, daher werden sie für die weiteren Analysen

nicht mehr berücksichtigt. Die Resultate der finalen Stichprobe aus Phase II sind in Tabelle 9 im Kapitel *Zusammenfassung der Patientenresultate* dargestellt.

Vergleich Phase I und II.

Es kann festgehalten werden, dass die beiden Stichproben relativ ähnlich sind bzgl. der erhobenen Variablen. In Phase II ist der Frauenanteil ein bisschen höher (72% vs. 63%), der Altersdurchschnitt ein bisschen höher (59 vs. 54 Jahre) und der Anteil an chronischen oder häufig rezidivierenden Depressiven Störungen ist höher (74% vs. 50%). Es gibt mehr Komorbiditäten (93% vs. 88%), etwas weniger Traumatisierungen (51% vs. 56%) und eine leicht höhere *Dropout*-Rate (9% vs. 6%) als in Phase I. Die Patienten beider Gruppen erhielten zusätzlich Pharmakotherapie.

Resultate bezüglich des Behandlungserfolgs

Phase I.

Die vollständigen Fälle ($N = 15$) zeigen signifikante Verbesserungen der Depressionswerte: Die durchschnittlichen BDI-II-Werte reduzieren sich von 26.67 Punkten ($SD = 5.98$) zu Beginn der Behandlung auf 9.87 ($SD = 7.95$) nach Beendigung des Gruppenprogramms – ein durchschnittlicher Prä-Post-Unterschied von 16.80 Punkten ($SD = 5.06$). Die Differenzen sind normalverteilt, die Voraussetzungen für einen t-Test erfüllt. Ein t-Test für abhängige Stichproben der vollständigen Fälle ($N = 15$) zeigt eine signifikante Verbesserung über die Zeit ($t(14) = 12.86, p < .001, d = 3.32$). Ein hoher Prozentsatz der Patienten (80%, $n = 12$) respondieren (*Response* = Reduktion des BDI-II-Wertes um mindestens 50%) und 73% ($n = 11$) erreichen eine *Remission* ($BDI-II \leq 9$) bis zum Ende der Behandlung.

Zusätzlich zeigen zwei Drittel der Patienten (67%, $n = 10$) tendenziell eine Verbesserung in ihren sozialen Fertigkeiten (gemessen mit dem SASS; durchschnittliche Erhöhung 2.93 Punkte, $SD = 5.59$). Durchschnittliche SASS-Werte zu Beginn der

Behandlung liegen bei 39.07 ($SD = 6.70$) verglichen mit 42.00 ($SD = 6.59$) nach dem Gruppenprogramm. Die Differenzen sind normalverteilt, die Voraussetzungen für einen t-Test erfüllt. Ein t-Test für abhängige Stichproben der vollständigen Fälle ($N = 15$) zeigt keine signifikante Verbesserung über die Zeit ($t(14) = -2.03, p = .061, d = 0.52$), man könnte jedoch von einer Tendenz zur Verbesserung sprechen.

Die Veränderungen in den Mittelwerten vom BDI-II und SASS bei den zwei Messzeitpunkten sind in Abbildung 3 dargestellt.

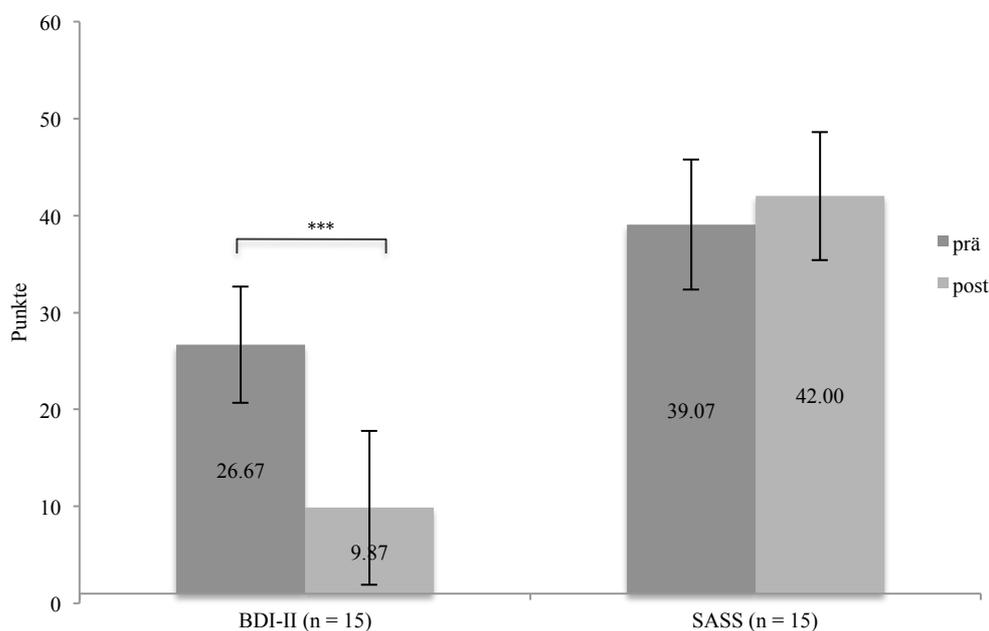


Abbildung 3. Mittelwertunterschiede in BDI-II und SASS zwischen den zwei Messzeitpunkten Prä (vor Gruppeneinstieg) und Post (nach Gruppenbeendigung) in Phase I.

*** $p < .001$.

Phase II.

In der finalen Stichprobe ($N = 39$) können signifikante Verbesserungen der Depressionswerte gefunden werden: Die durchschnittlichen BDI-II-Werte reduzieren sich von 29.79 Punkten ($SD = 10.17$) zu Beginn der Behandlung auf 11.74 ($SD = 6.48$) nach Beendigung des Gruppenprogramms – ein durchschnittlicher Prä-Post-Unterschied von 18.05 Punkten ($SD = 8.06$). Die Differenzen sind normalverteilt, die Voraussetzungen für einen t-Test erfüllt. Ein

t-Test für abhängige Stichproben zeigt eine signifikante Verbesserung über die Zeit ($t(38) = 13.99, p < .001, d = 2.24$). Die meisten Patienten (80%, $n = 31$) erreichen eine *Response* (Reduktion des BDI-II-Wertes um mindestens 50%) und 46% ($n = 18$) erreichen eine *Remission* ($BDI-II \leq 9$) bis zum Ende der Behandlung.

Zusätzlich verbessern fast alle Patienten (87%, $n = 34$) ihre sozialen Fertigkeiten (durchschnittliche Erhöhung in der SASS um 5.18 Punkte, $SD = 5.48$). Durchschnittliche SASS-Werte zu Beginn der Behandlung liegen bei 35.97 ($SD = 7.44$), verglichen mit 41.15 ($SD = 5.73$) nach dem Gruppenprogramm. Die Differenzen sind normalverteilt, die Voraussetzungen für einen t-Test erfüllt. Ein t-Test für abhängige Stichproben der finalen Stichprobe ($N = 39$) zeigt eine signifikante Verbesserung über die Zeit ($t(38) = -5.91, p < .001, d = 0.95$).

Die Veränderungen in den Mittelwerten vom BDI-II und SASS bei den zwei Messzeitpunkten sind in Abbildung 4 dargestellt.

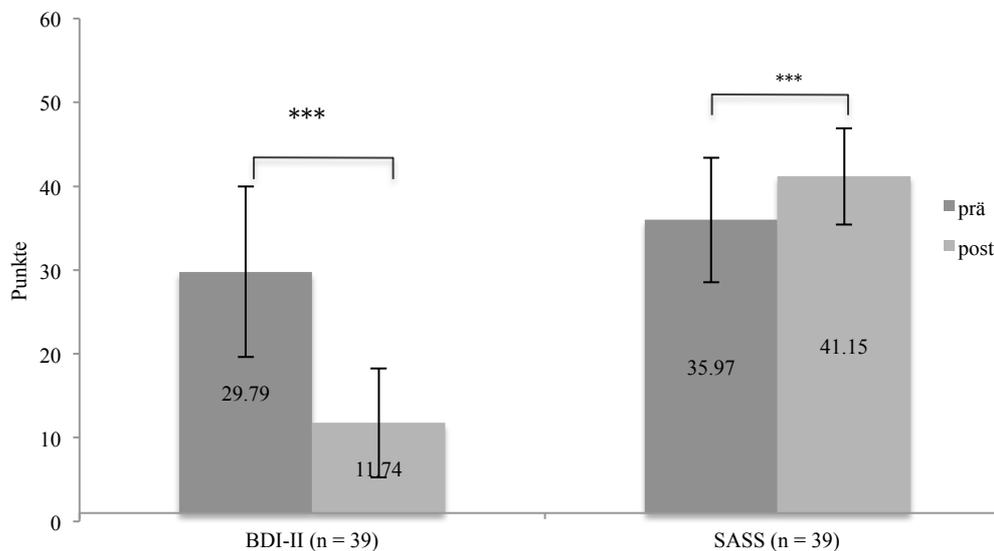


Abbildung 4. Mittelwertunterschiede in BDI-II und SASS zwischen den zwei Messzeitpunkten Prä (vor Gruppeneinstieg) und Post (nach Gruppenbeendigung) in Phase II.

*** $p < .001$.

Auch bezüglich des Stimuluscharakters der Patienten, eingestuft vom Gruppentherapeuten (gemessen mit dem IMI-R) zeigen sich signifikante Veränderungen. Die Werte sind normalverteilt, die Voraussetzungen für einen t-Test erfüllt. Das Signifikanzniveau wurde korrigiert nach Bonferroni ($.05/8 = .006$). Ein t-Test für abhängige Stichproben der finalen Stichprobe ($N = 39$) zeigt eine signifikante Verbesserung über die Zeit in folgenden Dimensionen: Die Patienten sind nach der Gruppentherapie signifikant *freundlicher*, weniger *feindselig-submissiv*, weniger *feindselig*, *dominanter* und *freundlich-dominanter*. Die Resultate sind zusammenfassend in Tabelle 7 sowie bildlich auf Abbildung 5 dargestellt.

Tabelle 7

Veränderungen im Stimuluscharakter der finalen Stichprobe (N = 39) vor und nach der Gruppentherapie

IMI-R	<u>M (SD)</u>			<u>CI (95%)</u>		t(38)	p	d ^a
	Prä M (SD)	Post M (SD)	ΔM (SD)	untere	obere			
fre	2.38 (0.58)	3.27 (0.40)	-0.88 (0.54)	-1.06	-0.71	-10.22	<.001*	1.64
fre-sub	2.72 (0.52)	2.54 (0.34)	0.18 (0.54)	0.01	0.36	2.10	.042	0.34
sub	3.35 (3.40)	2.10 (0.37)	1.25 (3.40)	0.15	2.35	2.30	.027	0.37
fei-sub	2.83 (0.47)	2.15 (0.39)	0.67 (0.49)	0.52	0.83	8.63	<.001*	1.38
fei	2.42 (0.64)	1.77 (0.45)	0.65 (0.55)	0.47	0.83	7.35	<.001*	1.18
fei-dom	2.09 (0.59)	2.09 (0.53)	0.00 (0.51)	-0.17	0.17	0.00	1.00	0
dom	1.90 (0.58)	2.66 (0.39)	-0.77 (0.50)	-0.93	-0.60	-9.49	<.001*	1.52
fre-dom	1.82 (0.43)	2.81 (0.35)	-0.99 (0.46)	-1.14	-0.84	-13.55	<.001*	2.17

Anmerkung. $\Delta M = M \text{ Prä} - M \text{ Post}$. CI (95%) = 95% Konfidenzintervall der Differenz.

Abkürzungen: fre = freundlich; fre-sub = freundlich-submissiv; sub = submissiv; fei-sub = feindselig-submissiv; fei = feindselig; fei-dom = feindselig-dominant; dom = dominant; fre-dom = freundlich-dominant.

^ad = 0.20 kleiner Effekt; d = 0.50 mittlerer Effekt; d = 0.80 grosser Effekt.

* p < .006, korrigiert nach Bonferroni.

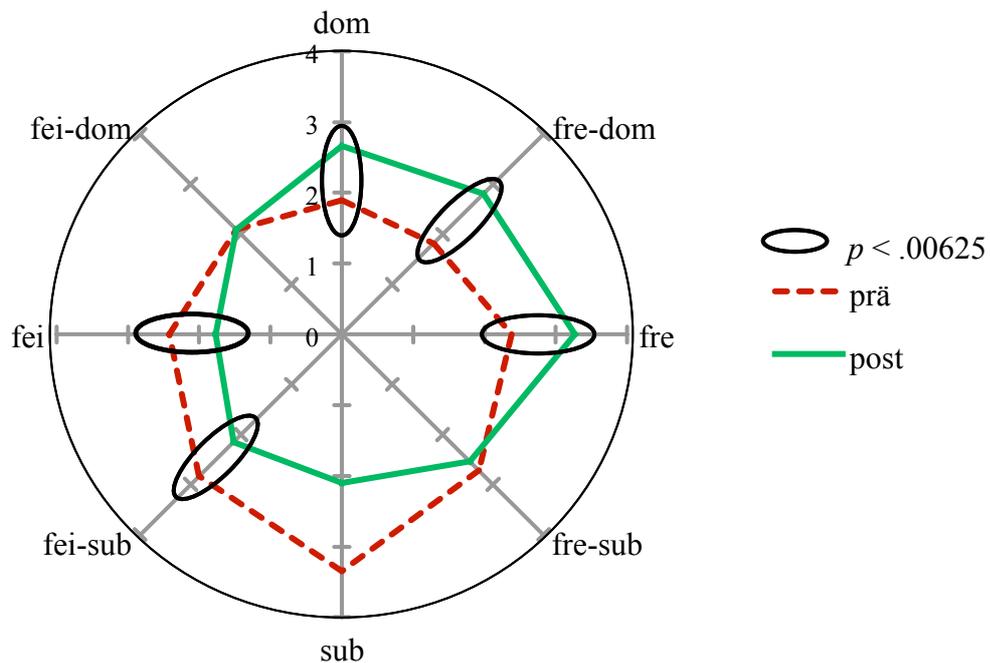


Abbildung 5. Veränderungen im Stimuluscharakter (*M*) gemäss IMI-R der Patienten vor und nach der Gruppentherapie bewertet durch den Gruppentherapeuten.

Abkürzungen: fre = freundlich; fre-sub = freundlich-submissiv; sub = submissiv; fei-sub = feindselig-submissiv; fei = feindselig; fei-dom = feindselig-dominant; dom = dominant; fre-dom = freundlich-dominat.

Vergleich Phase I und II.

Die BDI-II-Werte in Phase II sind leicht höher, jedoch vergleichbar mit jenen in Phase I. In beiden Phasen gibt es signifikante Verbesserungen in den Depressionswerten, wobei die *Remissions*-Rate in Phase II deutlich tiefer ist als in Phase I (46% vs. 73%). Die durchschnittlichen BDI-II-Austrittswerte liegen knapp über *Remissions*-Niveau (10 vs. 12). Die Effektstärken sind in beiden Phasen erfreulich. In beiden Phasen zeigen sich tendenziell Verbesserungen in den sozialen Fertigkeiten; signifikante Veränderungen zeigen sich jedoch nur in Phase II.

Der IMI-R wird erst in Phase II eingesetzt. Die Patienten sind in ihrem Stimuluscharakter nach der Gruppentherapie deutlich weniger *feindlich* und *submissiv* dafür deutlich *dominanter* und *näher*.

Resultate bezüglich der Prädiktoren

Phase I.

Der BDI-II-Austrittswert korreliert signifikant mit dem BDI-II-Eintrittswert ($r = .77, p = .001, N = 15$) und dem CTQ ($r = .70, p = .004, N = 15$). Die anderen untersuchten Prädiktoren korrelieren nicht signifikant mit dem BDI-II-Austrittswert.

Gemäss multipler Regression mit Rückwärtselimination erklären der BDI-II-Eintritt (standardisierter Regressionskoeffizient $\beta = .79$) und die Komorbidität ($\beta = .32$) zusammen 65% der Varianz des BDI-II-Austrittswertes (korrigiertes $R^2 = .65, F(2, 12) = 13.80, p = .001$). Der Zusammenhang beim BDI-II ist positiv, d.h. je höher der BDI-II-Eintritt, desto höher der BDI-II-Austritt. Der Zusammenhang bei der Komorbidität ist leicht positiv, d.h. bei vorliegender Komorbidität ist der BDI-II-Austritt höher.

Mit Einschluss der anderen Prädiktoren kann nicht substanziell mehr Varianz im BDI-II-Austrittswert erklärt werden.

Der SASS-Austrittswert korreliert signifikant mit dem BDI-II-Eintrittswert ($r = -.56, p = .030, N = 15$), dem SASS-Eintrittswert ($r = .65, p = .009, N = 15$) und dem CTQ ($r = -.60, p = .017, N = 15$). Die anderen untersuchten Prädiktoren korrelieren nicht signifikant mit dem SASS-Austrittswert.

Gemäss multipler Regression mit Rückwärtselimination erklären der SASS-Eintritt (standardisierter Regressionskoeffizient $\beta = .67$), die Komorbidität ($\beta = -.36$) und das Geschlecht ($\beta = -.43$) zusammen 53% der Varianz des SASS-Austrittswertes (korrigiertes $R^2 = .53, F(3, 11) = 6.35, p = .009$). Der Zusammenhang beim SASS ist positiv, d.h. je höher der

SASS-Eintrittswert, desto höher der SASS-Austrittswert. Der Zusammenhang mit der Komorbidität ist leicht negativ, d.h. bei vorliegender Komorbidität ist der SASS-Austrittswert niedriger. Der Zusammenhang mit dem Geschlecht ist leicht negativ, d.h. bei Frauen ist der SASS-Austrittswert niedriger.

Mit Einschluss der anderen Prädiktoren kann nicht substantiell mehr Varianz im SASS-Austrittswert erklärt werden.

Phase II.

Der BDI-II-Austrittswert korreliert signifikant mit dem BDI-II-Eintrittswert ($r = .61, p < .001, N = 39$). Die anderen untersuchten Prädiktoren korrelieren nicht signifikant mit dem BDI-II-Austrittswert.

Gemäss multipler Regression mit Rückwärtselimination erklären der BDI-II-Eintritt (standardisierter Regressionskoeffizient $\beta = .61$), der CTQ ($\beta = -.29$) und das Geschlecht ($\beta = .25$) zusammen 45% der Varianz des BDI-II-Austrittswertes (korrigiertes $R^2 = .45, F(3, 35) = 11.28, p < .001$). Der Zusammenhang beim BDI-II ist positiv, d.h. je höher der BDI-II-Eintrittswert, desto höher der BDI-II-Austrittswert. Der Zusammenhang mit dem CTQ ist leicht negativ, d.h. je höher der CTQ, desto niedriger der BDI-II-Austritt. Der Zusammenhang bei den Frauen ist leicht positiv, d.h. bei Frauen ist der BDI-II-Austrittswert höher.

Mit Einschluss der anderen Prädiktoren kann nicht substantiell mehr Varianz im BDI-II-Austrittswert erklärt werden.

Der SASS-Austrittswert korreliert signifikant mit dem BDI-II-Eintrittswert ($r = -.47, p = .003, N = 39$) und dem SASS-Eintrittswert ($r = .68, p < .001, N = 39$). Die anderen untersuchten Prädiktoren korrelieren nicht signifikant mit dem SASS-Austrittswert.

Gemäss multipler Regression mit Rückwärtselimination erklären der SASS-Eintritt (standardisierter Regressionskoeffizient $\beta = .70$) und die Komorbidität ($\beta = -.28$) zusammen

52% der Varianz des SASS-Austrittswertes (korrigiertes $R^2 = .52$, $F(2, 36) = 21.21$, $p < .001$).

Der Zusammenhang beim SASS ist positiv, d.h. je höher der SASS-Eintrittswert, desto höher der SASS-Austrittswert. Der Zusammenhang mit der Komorbidität ist leicht negativ, d.h. bei vorliegender Komorbidität ist der SASS-Austrittswert niedriger.

Mit Einschluss der anderen Prädiktoren kann nicht substantiell mehr Varianz im SASS-Austrittswert erklärt werden.

Vergleich Phase I und II.

In Phase II kann weniger erklärte Varianz in den BDI-II-Austrittswerten gefunden werden als in Phase I (45% vs. 65%). Die Befunde in den SASS-Austrittswerten sind in beiden Phasen ähnlich (ca. 50%). Das zugehörige Messinstrument bei Eintritt hat jeweils den stärkeren Vorhersagewert für den Austrittswert. Die Alexithymie kann in beiden Phasen keine Varianz aufklären.

Resultate bezüglich Durchführbarkeit (feasibility) und Akzeptanz (acceptance)

Phase I.

In Phase I sind für die Durchführung der Interpersonellen Modulgruppe genügend Patienten (gesamt $N = 16$) verfügbar, dass die Gruppe durchgeführt werden kann. Die Fragebögen werden von den Patienten ausgefüllt und Daten von 15 Patienten können verwendet werden. 1 Patientin (6%) hat die Gruppentherapie abgebrochen und fällt aus der Studie heraus (*Dropout-Rate*: 6%). Der Grund für das *Dropout* wurde unter *Beschreibung der Stichprobe* genannt. Die mittlere Aufenthaltsdauer beträgt 51 Tage ($SD = 16.88$, range: 24-77). Wenn von einem Monat mit 30 Tagen ausgegangen wird, entspricht das einer Dauer von 1.70 Monaten. Die Patienten besuchen die Gruppe durchschnittlich 9 Mal ($SD = 0.96$, range: 8-10). Somit sind die Patienten genug lange auf Station, um die acht Sitzungen der Gruppe zu besuchen.

Resultate des Gruppenevaluationsbogens: Die Patienten empfinden fast ausnahmslos die Arbeitsatmosphäre als angenehm und den Informationsgehalt als hilfreich (93% bzw. 100%). Positiv bewertet werden der offene und der ehrliche Austausch unter den Teilnehmenden, die Informationen und Gruppeninhalte, die positive und unterstützende Art der Therapeuten, die Möglichkeit zur aktiven Beteiligung und die Arbeitsatmosphäre.

Phase II.

Zur Durchführung der Interpersonellen Modulgruppe sind genügend Patienten (gesamt $N = 43$) verfügbar, sodass die Gruppe regelmässig durchgeführt werden kann. Die Fragebögen werden von den Patienten ausgefüllt und Daten von 39 Patienten können verwendet werden. Nur 4 Patienten (9%) beenden die Gruppe frühzeitig und fallen aus der Studie heraus (*Dropout-Rate* = 9%). Die Gründe für die *Dropouts* wurden unter *Beschreibung der Stichprobe* genannt. Die mittlere Aufenthaltsdauer beträgt 75 Tage ($SD = 29.01$, range: 29-143). Wenn von einem Monat mit 30 Tagen ausgegangen wird, entspricht das einer Dauer von 2.50 Monaten. Die Patienten besuchen die Gruppe durchschnittlich 11 Mal ($SD = 4.01$, range: 8-23). Somit sind die Patienten genug lange auf Station, um die acht Sitzungen der Gruppe zu besuchen.

Resultate des Gruppenevaluationsbogens: Die Items 1, 4, 5 und 6 des Gruppenevaluationsbogens (siehe Tabelle 10, Anhang A) geben Hinweise auf die Akzeptanz ($N = 39$, $M = 4.15$, $SD = 0.65$, range: 2.5-5): Alle Patienten ($N = 39$, 100%) geben an, dass die Gruppe hilfreich war und sie mit dem Verlauf zufrieden sind. 36 Patienten (92%) geben an, insgesamt mit ihrem Lernfortschritt innerhalb der Gruppe zufrieden zu sein und scheinen überzeugt zu sein, auch zukünftig weiterhin davon zu profitieren. Die Vergabe der Schulnoten (1-6, *sehr schlecht* bis *sehr gut*) der Items 33-40 am Ende des Fragebogens liefern weitere Hinweise auf die Akzeptanz ($N = 39$): eigene Motivation ($M = 5.10$, $SD = 0.97$, range: 1-6), Lernzuwachs ($M = 5.05$, $SD = 0.65$, range: 4-6), eigenes Engagement während

den Sitzungen ($M = 4.92$, $SD = 0.62$, range: 4-6), eigenes Engagement zwischen den Sitzungen ($M = 4.38$, $SD = 0.91$, range: 3-6), Therapeuten ($M = 5.59$, $SD = 0.55$, range: 4-6), gegenseitige Unterstützung zwischen Gruppenmitgliedern ($M = 5.15$, $SD = 0.67$, range: 4-6), Atmosphäre ($M = 5.51$, $SD = 0.56$, range: 4-6), Gesamtnote ($M = 5.59$, $SD = 0.50$, range: 5-6). Alle Mittelwerte liegen über 4 (*genügend*). Hohe Motivation korreliert mit höherem Lernzuwachs ($r = .37$, $p = .021$), höherem Engagement während ($r = .36$, $p = .023$) und zwischen den Sitzungen ($r = .55$, $p < .001$) und besserer Arbeitsatmosphäre ($r = .39$, $p = .014$). Hohes Engagement während der Sitzung korreliert mit höherem Engagement zwischen den Sitzungen ($r = .43$, $p = .007$), höherem Lernzuwachs ($r = .47$, $p = .003$) und besserer gegenseitiger Unterstützung zwischen Gruppenmitgliedern ($r = .41$, $p = .010$). Der eigene Lernzuwachs korreliert mit höherem Engagement zwischen den Sitzungen ($r = .59$, $p < .001$). Positive Unterstützung in der Gruppe geht mit besserer Atmosphäre ($r = .49$, $p = .002$) und positiver Bewertung der Therapeuten einher ($r = .32$, $p = .048$). Der Lernzuwachs korreliert signifikant mit der Gesamtnote ($r = .56$, $p < .001$). Somit scheint der eigene Lernzuwachs wichtig, um ebenfalls eine gute Gesamtnote zu vergeben. Generell kann festgehalten werden, dass engagierte und motivierte Teilnehmer eher das Gefühl haben, etwas gelernt zu haben und dass die Interpersonelle Modulgruppe von den Teilnehmern akzeptiert wird.

Positiv bewertet werden in den offen gestellten Fragen der offene und der ehrliche Austausch unter den Teilnehmenden, die Informationen und Gruppeninhalte, die positive und unterstützende und engagierte Art der Therapeuten, die Möglichkeit zur aktiven Beteiligung und die Arbeitsatmosphäre. Negativ bewertet werden die Gruppengrösse (zu klein oder zu gross), die teilweise zu grosse Informationsmenge, sowie terminliche Engpässe (Arztvisiten, sonstige Therapien). Als Verbesserungsvorschläge wünscht sich eine Patientin mehr Hausaufgaben sowie die Gruppensitzung am Nachmittag statt am Morgen.

Vergleich Phase I und II.

In beiden Phasen sind die *Dropout*-Raten gering (6% resp. 9%), die Arbeitsatmosphäre wird als angenehm empfunden, der Informationsgehalt als hilfreich. Die mittlere Aufenthaltsdauer ist in Phase II länger (75 vs. 51 Tage). Der Gruppenevaluationsbogen wird in Phase II ausgebaut, weswegen hier mehr Resultate berichtet werden können.

Resultate bezüglich der Wirkfaktoren

Nachfolgend werden die Wirkfaktoren der einzelnen Sitzungen (gemessen durch die Patientensitzungsbögen in Phase II) und jene der Module und Strategien (gemessen durch den Gruppenevaluationsbogen) beschrieben.

Phase I.

Alle Patienten geben zum Zeitpunkt des Austritts an, ihr Zustand habe sich während des Klinikaufenthalts gebessert und 11 davon (73%) geben an, die Gruppe habe dazu beigetragen. Spezifische Wirkfaktoren werden in Phase I nicht erhoben. Die Resultate der finalen Stichprobe aus Phase I sind in Tabelle 8 im Kapitel *Zusammenfassung der Patientenresultate* dargestellt.

Phase II.

Wirkfaktoren der Sitzungen; Resultate der Patientensitzungsbögen: Die Mittelwerte der fünf Faktoren sind über alle Blöcke hinweg positiv, d.h. es finden sich Mittelwerte von > 1.0 (*eher ja*) bis 2.34 (*ja*): *Therapiebeziehung* ($M = 2.34, SD = 0.43$), *Selbstwirksamkeit/ Bewältigung* ($M = 1.21, SD = 0.67$), *Emotionsregulation* ($M = 1.89, SD = 0.44$), *Klärung* ($M = 1.66, SD = 0.48$) und *Gruppenklima* ($M = 2.06, SD = 0.55$). Die Unterschiede der Mittelwerte sind signifikant ($F(2.88, 109.40) = 85.35, p < .001, \eta^2 = .69$). Am meisten kommt der Faktor *Therapiebeziehung* zum Tragen, gefolgt von *Gruppenklima*, *Emotionsregulation* und

Klärung; *Selbstwirksamkeit/ Bewältigung* wird am tiefsten bewertet. Die über alle Blöcke zusammengefassten Mittelwerte der Wirkfaktoren sind in Abbildung 6 dargestellt.

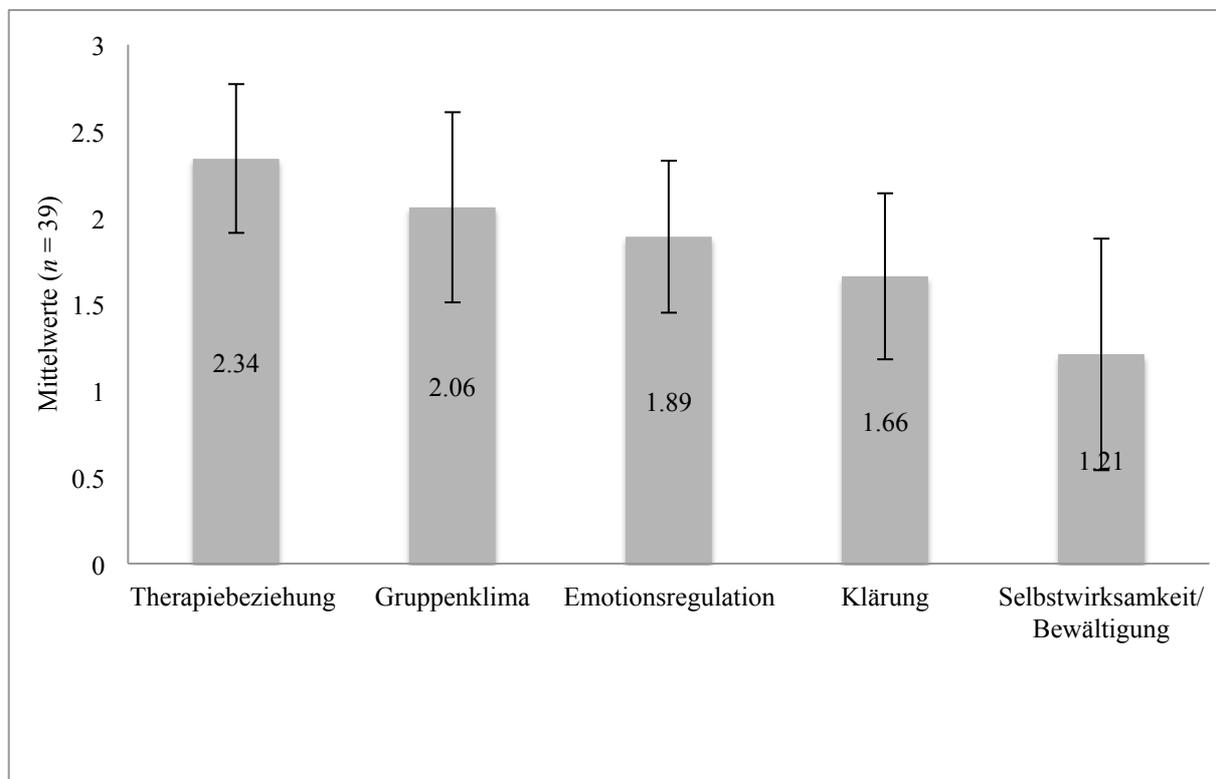


Abbildung 6. Mittelwerte der Wirkfaktoren über alle vier Blöcke hinweg, erhoben mit den Patientensitzungsbögen. Die Unterschiede zwischen den Wirkfaktoren sind signifikant.

Die gerechneten Varianzanalysen mit Messwiederholung für die einzelnen Wirkfaktoren getrennt (abhängige Variable ist der jeweilige Wirkfaktor, die unabhängige Variable ist die Blocknummer mit vier Faktorstufen/ Blocknummern) zeigen folgende Resultate: Die Wirkfaktoren *Therapiebeziehung* ($F(3, 114) = 2.30, p = .081, \eta^2 = .06$), *Selbstwirksamkeit/ Bewältigung* ($F(3, 114) = 1.66, p = .179, \eta^2 = .04$) und *Klärung* ($F(3, 114) = 0.22, p = .884, \eta^2 = .01$) zeigen keinen signifikanten Unterschied zwischen den vier verschiedenen Blöcken. Die Faktoren *Emotionsregulation* ($F(2.51, 95.23) = 6.01, p = .002, \eta^2 = .14$) und *Gruppenklima* ($F(2.33, 88.59) = 3.24, p = .037, \eta^2 = .08$) zeigen jedoch signifikante Haupteffekte. Bei der *Emotionsregulation* unterscheidet sich Block 3 signifikant von Block 1

und 2 (Block 1 vs. 3: $t(38) = -2.85, p = .007, d = 0.46$; Block 2 vs. 3: $t(38) = -4.31, p < .001, d = 0.69$). Bei den t-Tests wurde nach Bonferroni korrigiert ($.05/6 = .008$). Somit kommt in Block 3 (Umgang mit Veränderungen und Verlusten) die Emotionsregulation signifikant stärker zum Tragen als in den Blöcken 1 (Interpersonelle Basisfertigkeiten) und 2 (Zwischenmenschliche Konflikte). Beim *Gruppenklima* unterscheidet sich Block 4 (Rollenwechsel und Konflikte in der Arbeitsrolle, Burnout) signifikant von Block 2 (Zwischenmenschliche Konflikte, $t(38) = -3.25, p = .002, d = 0.52$). Die Mittelwerte der Wirkfaktoren in den einzelnen vier Blöcken ist in Abbildung 7 dargestellt. Die signifikanten Haupteffekte sind eingezeichnet.

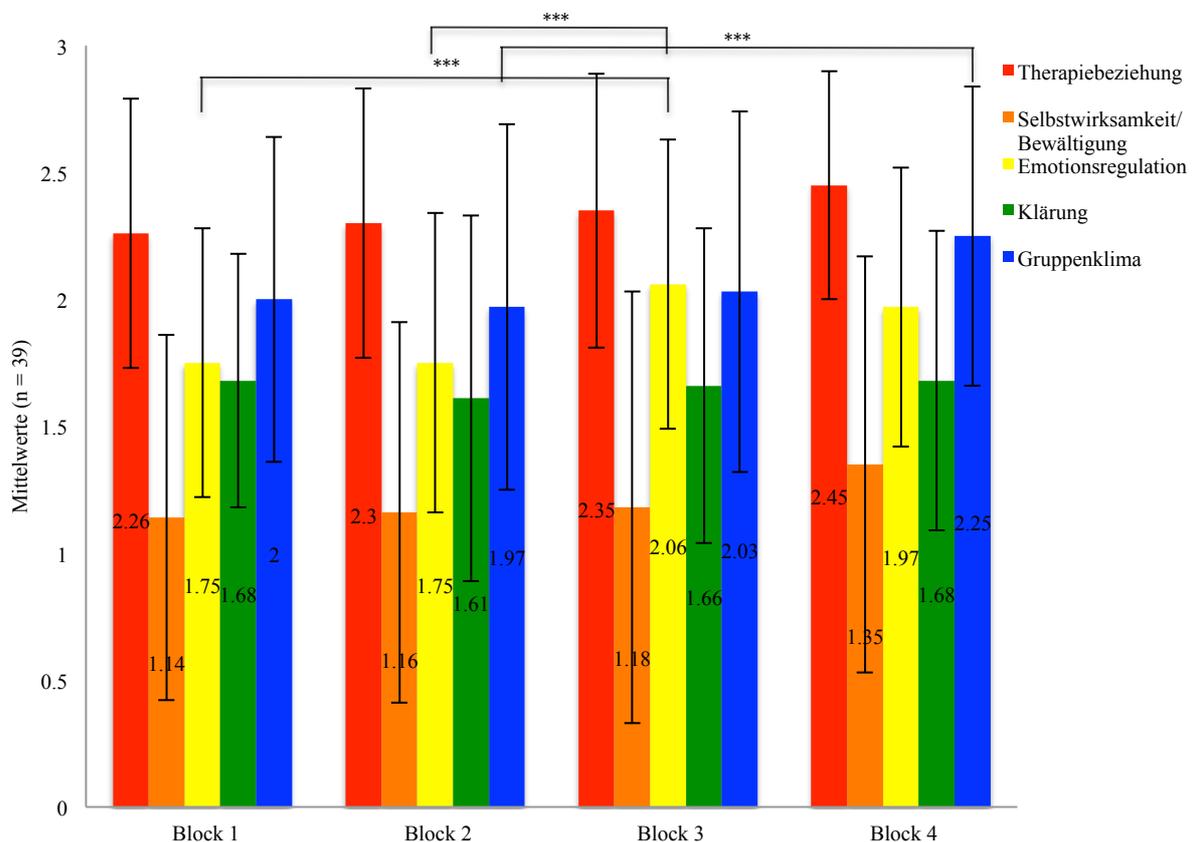


Abbildung 7. Mittelwerte der Wirkfaktoren in den einzelnen Blöcken (Streuung: Whisker)

Es kann festgehalten werden, dass gemäss den Patienten die Therapiebeziehung am meisten zum Tragen kommt. Die Emotionsregulation kommt in Block 3 (Umgang mit Veränderungen

und Verlusten) mehr zum Tragen als in anderen Blöcken. Das Gruppenklima wird in Block 2 (Zwischenmenschliche Konflikte) am tiefsten und in Block 4 am höchsten eingeschätzt; dieser Unterschied ist signifikant.

Wirkfaktoren der Module und Strategien: Resultate des Gruppenevaluationsbogens:

Die Resultate des Gruppenevaluationsbogens sind in Tabelle 9 dargestellt. 38 Patienten (97%) geben an, ihr Zustand habe sich während des Klinikaufenthaltes gebessert und die Interpersonelle Modulgruppe habe dazu beigetragen. Die Gruppe ist aus Sicht der Patienten wirksam (Items 20, 21): ($N = 39$, $M = 4.22$, $SD = 0.64$, range: 2-5). Weiter wird erhoben, welche Elemente der interdisziplinären Behandlung zur Zustandsbesserung (Items 22-32) beigetragen haben: *Gruppentherapie* ($N = 39$, $M = 4.08$, $SD = 0.74$, range:2-5), *Einzeltherapie* ($N = 39$, $M = 4.69$, $SD = 0.47$, range: 4-5), *Arztvisiten* ($N = 39$, $M = 4.18$, $SD = 0.85$, range: 2-5), *Pflegegespräche* ($N = 39$, $M = 3.72$, $SD = 1.07$, range: 1-5), *Zusammensein mit Mitpatienten* ($N = 39$, $M = 3.95$, $SD = 1.07$, range: 1-5), *Medikamente* ($N = 39$, $M = 4.08$, $SD = 0.84$, range: 2-5), *Ergotherapie* ($n = 34$, $M = 3.79$, $SD = 1.17$, range: 1-5), *Bewegungstherapien* ($n = 37$, $M = 3.95$, $SD = 1.08$, range: 1-5), *Massage* ($n = 38$, $M = 3.87$, $SD = 0.96$, range 1-5), *Entspannungstherapien* ($n = 28$, $M = 3.75$, $SD = 0.97$, range: 1-5), *Musiktherapie* ($n = 15$, $M = 4.07$, $SD = 0.70$, range: 3-5). Die Patienten nennen zusätzlich die Tierpflege, das Ambiente und die Umgebung, die Hotellerie, das Essen und das Geborgensein als weitere Faktoren, die zur Zustandsverbesserung beigetragen haben. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Interpersonelle Modulgruppe, die Einzelgespräche, die Arztvisiten und die Medikamente Mittelwerte über 4 (*trifft zu*) haben. Die Musiktherapie scheint gemäss den Patienten auch zur Zustandsbesserung beigetragen zu haben, diese haben jedoch nur 15 Patienten erhalten.

Die Mittelwerte der erhobenen Strategien sind alle höher als 3 (*trifft ziemlich zu*), die Inhalte der Gruppe sind also hilfreich. *Achtsamkeit* (Items 7, 8): ($N = 39$, $M = 4.44$, $SD =$

0.56, range: 3-5). Alle Patienten geben an, die Achtsamkeitsübungen hätten geholfen, Achtsamkeit scheint den Teilnehmern also zu helfen. *Soziale Fertigkeiten* (Items 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15): ($N = 39$, $M = 3.89$, $SD = 0.53$, range: 2.43-5). Alle Patienten finden die Situationsanalysen sinnvoll. 37 Patienten (95%) geben an, in sozialen Situationen ihr Erwünschtes Ergebnis (*Desired Outcome; DO*) besser bestimmen und erreichen zu können, ihren Stimuluscharakter besser beeinflussen zu können sowie ihr Verhaltensrepertoire erweitert zu haben. 38 Patienten (97%) können ihren Stimuluscharakter besser einschätzen und finden das Kiesler Kreis Modell sinnvoll. Die Situationsanalysen und das Kiesler Kreis Modell scheinen den Teilnehmern zu helfen. *Emotionale Wahrnehmung* (Items 16, 17): ($N = 39$, $M = 4.19$, $SD = 0.56$, range: 3-5). 37 Patienten (95%) lernen, dass Lebensveränderungen durch eine akzeptierende Haltung vereinfacht werden können und alle Patienten lernen, dass dabei aufkommende Emotionen berücksichtigt werden müssen. *Klärung* (Items 18, 19): ($N = 39$, $M = 4.04$, $SD = 0.73$, range: 2-5). 37 Patienten (95%) geben an, die Wertearbeit und die Übungen zum Finden einer Balance in verschiedenen Lebensbereichen seien sinnvoll.

Auf die offen gestellten Frage, was durch die Gruppe gelernt wurde, nennen die Teilnehmer Achtsamkeit/ Bewusstheit für sich und in Beziehungen, das Selbstfürsorgekonzept mit einer bewussten Einteilung der Energie, verbesserte Selbstkenntnis und Verständnis bzgl. der Krankheit, die Wichtigkeit der emotionalen Arbeit, das Akzeptanzkonzept, die Anwendung des Kiesler Kreises sowie der Situationsanalysen, flexibleres Denken und Verhalten, die Erkenntnis, nicht alleine zu sein mit den Problemen und, dass der Austausch in und die Unterstützung durch die Gruppe helfen. Die Resultate der finalen Stichprobe aus Phase II sind in Tabelle 9 im Kapitel *Zusammenfassung der Patientenresultate* dargestellt.

Vergleich Phase I und Phase II.

In beiden Phasen geben die Patienten an, ihr Zustand habe sich während des Aufenthaltes gebessert. In Phase II geben mehr Patienten an, die Interpersonelle Modulgruppe habe dazu beigetragen (97% vs. 73%). Bzgl. einzelner Wirkfaktoren können beiden Phasen nicht verglichen werden, da keine Wirkfaktoren in Phase I erhoben wurden.

Zusammenfassung der Patientenresultate

Nachfolgend sind die berichteten Resultate als Übersicht in Tabelle 8 für Phase I und Tabelle 9 für Phase II dargestellt.

Tabelle 8

Deskriptive Resultate der finalen Stichprobe aus Phase I (N = 15)

Merkmale	Patienten (N = 15)
BDI-II^a	
BDI-II-Eintrittswert	<i>M</i> = 26.67, <i>SD</i> = 5.98, range: 20-40
BDI-II-Austrittswert	<i>M</i> = 9.87, <i>SD</i> = 7.95, range: 2-31
Δ BDI-II ^b	<i>M</i> = -16.80, <i>SD</i> = 5.06, range: -9 - -25
Response ^c , <i>n</i> (%)	12 (80)
Remission ^d , <i>n</i> (%)	11 (73)
SASS^e	
SASS-Eintrittswert	<i>M</i> = 39.07, <i>SD</i> = 6.70, range: 28-51
SASS-Austrittswert	<i>M</i> = 42.00, <i>SD</i> = 6.59, range: 28-52
Δ SASS ^f	<i>M</i> = 2.93, <i>SD</i> = 5.59, range: -7-12
SASS verbessert ^g , <i>n</i> (%)	10 (67)
Gruppenevaluationsbogen^h, <i>n</i> (%)	
angenehme Arbeitsatmosphäre	14 (93)
hilfreicher Informationsgehalt	15 (100)
Gruppe trug zur Zustandsverbesserung bei	11 (73)

Fortsetzung Tabelle 8

Deskriptive Resultate der finalen Stichprobe aus Phase I (N = 15)

Medikamente bei Austritt, <i>n</i> (%)	15 (100)
A	8 (54)
A & N	5 (33)
A, B & N	2 (13)
Aufenthaltsdauer ⁱ , Tage	<i>M</i> = 51.33, <i>SD</i> = 16.88, range: 24-77
Anzahl Gruppenbesuche ^j	<i>M</i> = 8.73, <i>SD</i> = 0.96, range: 8-10

Anmerkung. Die Eintrittswerte beziehen sich auf den Zeitpunkt des Gruppenbeginns. Austrittswerte beziehen sich auf den Zeitpunkt nach Beendigung der Gruppe. Δ BDI-II = BDI-II Prä – BDI-II Post. Δ SASS = SASS Post – SASS Prä.

Abkürzungen: A = Antidepressiva; N = Neuroleptika; B = Benzodiazepine.

^aWerte von 0-63, hohe Werte stehen für hohe Depressivität. ^bNegative Werte stellen eine Veränderung im Sinne einer Verbesserung dar. ^c Δ BDI-II > 50%. ^dBDI-II bei Austritt \leq 9. ^eWerte von 0-60, hohe Werte stehen für hohe soziale Fertigkeiten. ^fPositive Werte stellen eine Veränderung im Sinne einer Verbesserung dar. ^gHöhere Werte/ höhere soziale Fertigkeiten im SASS-Austritt als bei Eintritt. ^hWerte von 1-5 (*trifft gar nicht zu – trifft sehr gut zu*); *n* bezieht sich auf die Anzahl Patienten mit Werten über 3 (ab dort akzeptiert). ⁱGesamtanzahl Tage in der Klinik. ^jEin Zyklus umfasst 8 Sitzungen.

Tabelle 9

Deskriptive Resultate der finalen Stichprobe aus Phase II (N = 39)

Merkmale	Patienten (N = 39)
BDI-II^a	
BDI-II-Eintrittswert	<i>M</i> = 29.79, <i>SD</i> = 10.17, range: 15-54
BDI-II-Austrittswert	<i>M</i> = 11.74, <i>SD</i> = 6.48, range: 2-29
Δ BDI-II ^b	<i>M</i> = -18.05, <i>SD</i> = 8.06, range: -36 - -4
Response ^c , <i>n</i> (%)	31 (80)
Remission ^d , <i>n</i> (%)	18 (46)
SASS^e	
SASS-Eintrittswert	<i>M</i> = 35.97, <i>SD</i> = 7.44, range: 12-50
SASS-Austrittswert	<i>M</i> = 41.15, <i>SD</i> = 5.73, range: 30-52
Δ SASS ^f	<i>M</i> = 5.18, <i>SD</i> = 5.48, range: -5-19
SASS verbessert ^g , <i>n</i> (%)	34 (87)
Gruppenevaluationsbogen^h	
Akzeptanzⁱ	
Gruppe war hilfreich, <i>n</i> (%)	39 (100)
zufrieden mit Verlauf der Gruppe, <i>n</i> (%)	39 (100)
zufrieden mit dem Lernfortschritt, <i>n</i> (%)	36 (92)
zukünftig von Gruppe profitieren, <i>n</i> (%)	36 (92)
eigene Motivation ^j	<i>M</i> = 5.10, <i>SD</i> = 0.97, range: 1-6
Lernzuwachs ^j	<i>M</i> = 5.05, <i>SD</i> = 0.65, range: 4-6
eigenes Engagement während Sitzungen ^j	<i>M</i> = 4.92, <i>SD</i> = 0.62, range: 4-6
eigenes Engagement zwischen Sitzungen ^j	<i>M</i> = 4.38, <i>SD</i> = 0.91, range: 3-6
Therapeuten ^j	<i>M</i> = 5.59, <i>SD</i> = 0.55, range: 4-6
Gegenseitige Unterstützung zwischen Gruppenmitgliedern ^j	<i>M</i> = 5.15, <i>SD</i> = 0.67, range: 4-6
Atmosphäre ^j	<i>M</i> = 5.51, <i>SD</i> = 0.56, range: 4-6
Gesamtnote ^j	<i>M</i> = 5.59, <i>SD</i> = 0.50, range: 5-6

Fortsetzung Tabelle 9

Deskriptive Resultate der finalen Stichprobe aus Phase II (N = 39)

Machbarkeit (<i>proof of concept</i>) ^h	
Achtsamkeit ^k	$M = 4.44, SD = 0.56, \text{range: } 3\text{-}5$
Achtsamkeitsübungen sinnvoll, n (%)	39 (100)
Soziale Fertigkeiten ^l	
Situationsanalysen sinnvoll, n (%)	39 (100)
DO besser bestimmen, n (%)	37 (95)
DO besser erreichen, n (%)	37 (95)
SC besser beeinflussen, n (%)	37 (95)
SC besser einschätzen, n (%)	38 (97)
erweitertes Verhaltensrepertoire, n (%)	37 (95)
Kiesler Kreis sinnvoll, n (%)	38 (97)
Emotionale Wahrnehmung ^m	
akzeptierende Haltung, n (%)	37 (95)
Emotionen wichtig, n (%)	39 (100)
Klärung ⁿ	
Wertearbeit sinnvoll, n (%)	37 (95)
Übungen Balance finden sinnvoll, n (%)	37 (95)
Wirksamkeit ^o	
Zustand verbessert, n (%)	38 (97)
Gruppe trug zur Zustands- verbesserung bei, n (%)	38 (97)
Beitrag Gruppe	$M = 4.08, SD = 0.74, \text{range: } 2\text{-}5$
Beitrag Einzeltherapie	$M = 4.69, SD = 0.47, \text{range: } 4\text{-}5$
Beitrag Arztvisiten	$M = 4.18, SD = 0.85, \text{range: } 2\text{-}5$
Beitrag Pflegegespräche	$M = 3.72, SD = 1.07, \text{range: } 1\text{-}5$
Beitrag Mitpatienten	$M = 3.95, SD = 1.07, \text{range: } 1\text{-}5$
Beitrag Medikamente	$M = 4.08, SD = 0.84, \text{range: } 2\text{-}5$
Beitrag Ergotherapie ($n = 34$)	$M = 3.79, SD = 1.17, \text{range: } 1\text{-}5$
Beitrag Bewegungstherapien ($n = 37$)	$M = 3.95, SD = 1.08, \text{range: } 1\text{-}5$
Beitrag Massage ($n = 38$)	$M = 3.87, SD = 0.96, \text{range } 1\text{-}5$
Beitrag Entspannungstherapien ($n = 28$)	$M = 3.75, SD = 0.97, \text{range: } 1\text{-}5$

Fortsetzung Tabelle 9

Deskriptive Resultate der finalen Stichprobe aus Phase II (N = 39)

Beitrag Musiktherapie (n = 15)	M = 4.07, SD = 0.70, range: 3-5
Patientensitzungsbogen ^p	
Therapiebeziehung	M = 2.34, SD = 0.43, range: 1.39-3
Selbstwirksamkeit/Bewältigung	M = 1.21, SD = 0.67, range: 0-2.66
Emotionsregulation	M = 1.89, SD = 0.44, range: 0.92-2.92
Klärung	M = 1.66, SD = 0.48, range: 0.66-2.88
Gruppenklima	M = 2.06, SD = 0.55, range: 0.94-3
Medikamente bei Austritt, n (%)	39 (100)
A	13 (33)
A & N	15 (38)
A & B	1 (3)
A, B & N	6 (15)
A & S	3 (8)
A, S & N	1 (3)
Aufenthaltsdauer, Tage ^q	M = 75.36, SD = 29.01, range: 29-143
Anzahl Gruppenbesuche ^r	M = 11.15, SD = 4.01, range: 8-23

Anmerkung. Die Eintrittswerte beziehen sich auf den Zeitpunkt des Gruppenbeginns. Austrittswerte beziehen sich auf den Zeitpunkt nach Beendigung der Gruppe. Δ BDI-II = BDI-II Prä – BDI-II Post. Δ SASS = SASS Post – SASS Prä. DO = Desired Outcome (Erwünschtes Ergebnis). SC = Stimuluscharakter.

Abkürzungen: A = Antidepressiva; N = Neuroleptika; B = Benzodiazepine; S = Stimmungsstabilisierer.

^aWerte von 0-63, hohe Werte stehen für hohe Depressivität. ^bNegative Werte stellen eine Veränderung im Sinne einer Verbesserung dar. ^c Δ BDI-II > 50%. ^dBDI-II bei Austritt \leq 9. ^eWerte von 0-60, hohe Werte stehen für hohe soziale Fertigkeiten. ^fPositive Werte stellen eine Veränderung im Sinne einer Verbesserung dar. ^gHöhere Werte/höhere soziale Fertigkeiten im SASS-Austritt als bei Eintritt. ^hWerte von 1-5 (*trifft gar nicht zu – trifft sehr gut zu*); n bezieht sich nachfolgend jeweils auf die Anzahl Patienten mit Werten über 3 (ab dort akzeptiert). ⁱItems 1, 4, 5, 6. ^jVergabe von Schulnoten 1-6 (*sehr schlecht – sehr gut*). ^kItems 7, 8. ^lItems 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15. ^mItems 16, 17. ⁿItems 18, 19. ^oItems 20, 21. ^pMittelwerte der fünf Faktoren über alle Blöcke hinweg. ^qGesamtanzahl Tage in der Klinik. ^rEin Zyklus umfasst 8 Sitzungen.

Resultate aus dem Team

Wirkfaktoren der Sitzungen: Resultate der Therapeutesitzungsbögen.

Die Mittelwerte der fünf Faktoren sind über alle Blöcke hinweg positiv, d.h. es finden sich Mittelwerte von > 1.0 (*eher ja*) bis 2.26 (*ja*): *Therapiebeziehung* ($M = 1.95$, $SD = 0.28$, range: 1.40-2.40), *Selbstwirksamkeit/ Bewältigung* ($M = 2.26$, $SD = 0.40$, range: 1.47-2.72), *Emotionsregulation* ($M = 1.52$, $SD = 0.52$, range: 0.53-2.78), *Klärung* ($M = 2.21$, $SD = 0.61$, range: 1.06-2.81) und *Gruppenklima* ($M = 2.18$, $SD = 0.25$, range: 1.81-2.59). Es lassen sich signifikante Unterschiede in den Mittelwerten finden ($F(2.30, 27.56) = 15.67$, $p < .001$, $\eta^2 = .57$). Die paarweisen Vergleiche (korrigiert nach Bonferroni, $.05/10 = .005$) zeigen, dass sich die *Emotionsregulation* von den anderen Wirkfaktoren unterscheidet: von der *Therapiebeziehung*, $t(12) = 3.91$, $p = .002$, $d = 1.08$), von der *Selbstwirksamkeit* ($t(12) = 8.41$, $p < .001$, $d = 2.33$), von der *Klärung* ($t(12) = 5.57$, $p < .001$, $d = 1.54$) und vom *Gruppenklima* ($t(12) = 5.43$, $p < .001$, $d = 1.51$). Die *Emotionsregulation* wird von den Therapeuten signifikant tiefer eingeschätzt als *Selbstwirksamkeit/ Bewältigung*, *Klärung*, *Gruppenklima* und *Therapiebeziehung*. Die Mittelwerte der Wirkfaktoren über alle Blöcke zusammengefasst sind in Abbildung 8 dargestellt.

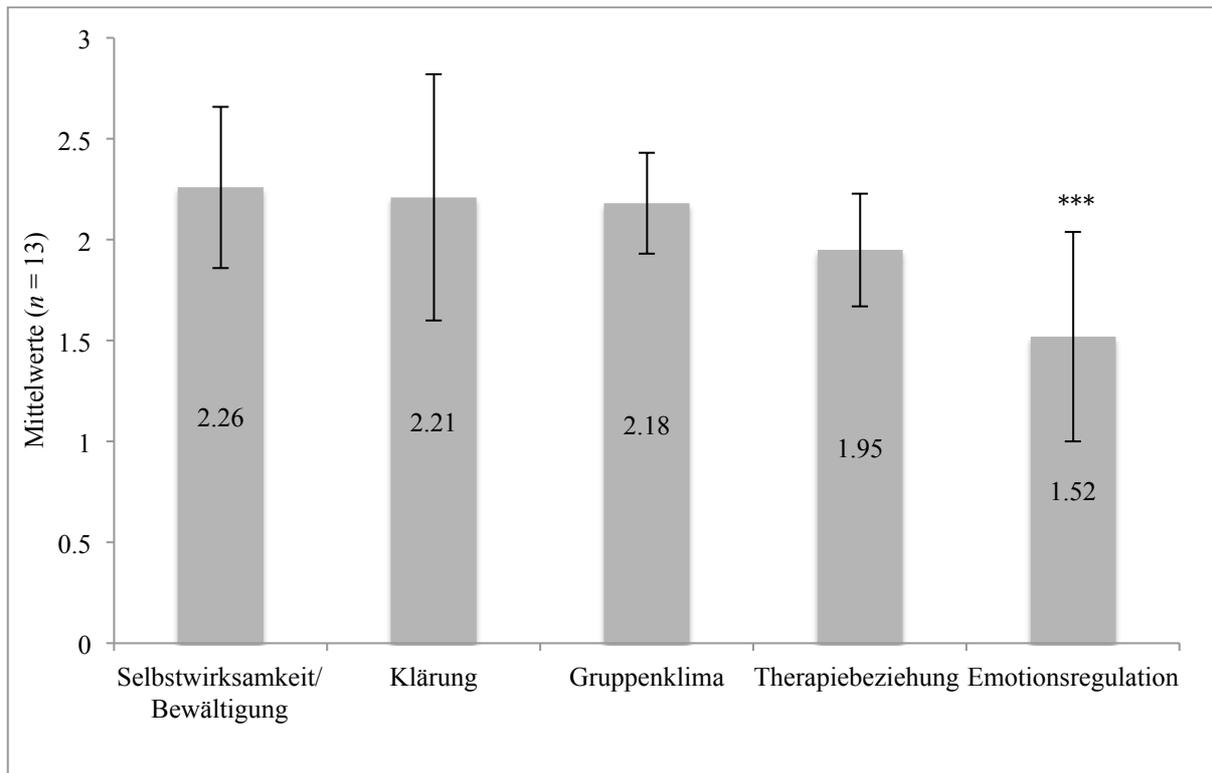


Abbildung 8. Mittelwerte der Wirkfaktoren über alle vier Blöcke hinweg, erhoben mit den Therapeutesitzungsbögen. Die Emotionsregulation unterscheidet sich signifikant von den anderen Wirkfaktoren.

Die gerechneten Varianzanalysen mit Messwiederholung für die einzelnen Wirkfaktoren getrennt (abhängige Variable ist der jeweilige Wirkfaktor, die unabhängige Variable ist die Blocknummer mit vier Faktorstufen/ Blocknummern) zeigen folgende Resultate: Die Wirkfaktoren *Therapiebeziehung* ($F(1.92, 23.06) = 3.00, p = .071, \eta^2 = .20$), *Selbstwirksamkeit/ Bewältigung* ($F(3, 36) = 0.71, p = .551, \eta^2 = .06$), *Klärung* ($F(3, 36) = 1.09, p = .366, \eta^2 = .08$) und *Gruppenklima* ($F(3, 36) = 2.66, p = .063, \eta^2 = .18$) zeigen keinen signifikanten Unterschied zwischen den vier verschiedenen Blöcken. Der Faktor *Emotionsregulation* jedoch zeigt einen signifikanten Haupteffekt ($F(3, 36) = 45.46, p < .001, \eta^2 = .79$). Block 3 unterscheidet sich signifikant von Block 1 ($t(12) = 10.56, p < .001, d = 2.93$), Block 2 ($t(12) = 8.33, p < .001, d = 2.31$) und Block 4 ($t(12) = 8.56, p < .001, d = 2.37$). Ausserdem kommt in Block 4 die Emotionsregulation signifikant mehr zum Tragen als

in Block 1 ($t(12) = -4.29, p = .001, d = 1.19$). Bei den t-Tests wurde nach Bonferroni korrigiert ($.05/6 = .008$). Somit wird, ähnlich wie bei den Patienten, die Emotionsregulation in Block 3 höher eingeschätzt als in den anderen Blöcken.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Therapeuten die *Emotionsregulation* signifikant niedriger einschätzen als die anderen Wirkfaktoren. Am höchsten wird der Wirkfaktor *Selbstwirksamkeit/ Bewältigung* bewertet, dieser ist jedoch bis auf die Emotionsregulation nicht signifikant höher als die anderen. Zwischen den Blöcken zeigen sich bis auf die *Emotionsregulation* keine signifikanten Unterschiede in den Wirkfaktoren. In Block 3 (Umgang mit Veränderungen und Verlusten) wird die Emotionsregulation jedoch signifikant höher eingeschätzt als in den drei anderen Blöcken. Ausserdem weist Block 1 (Interpersonelle Basisfertigkeiten) signifikant weniger Emotionsregulation auf als Block 4 (Rollenwechsel und Konflikte in der Arbeitsrolle, Burnout).

Resultate des Gruppenevaluationsbogens.

Insgesamt füllen $N = 15$ Teammitglieder den Gruppenevaluationsbogen (Werte von 1 *trifft gar nicht zu* bis 5 *trifft sehr gut zu*) aus, nachdem sie alle 8 Sitzungen hospitiert haben. Die Berufsgruppen stellen sich folgendermassen zusammen: 9 Pflegefachkräfte (60%), 1 Arzt (7%), 3 Psychologen (20%), 1 Ergotherapeutin (7%) und 1 Physiotherapeutin (7%).

Das gesamte Team ($N = 15, 100\%$) gibt an, dass sich die Interpersonelle Modulgruppe gut durchführen lässt ($M = 4.87, SD = 0.35, \text{range: } 4-5$) und, dass sie gut in den Stationsalltag integriert werden kann ($M = 4.60, SD = 0.51, \text{range: } 4-5$). Die *Durchführbarkeit* ist also gemäss Team gegeben.

Das gesamte Team ($N = 15, 100\%$) gibt an, die Interpersonelle Modulgruppe scheine für die Patienten hilfreich ($M = 4.80, SD = 0.41, \text{range: } 4-5$) und trage zum allgemeinen Behandlungserfolg bei ($M = 4.80, SD = 0.41, \text{range: } 4-5$). Die Aussage, die Interpersonelle

Modulgruppe sei hilfreich für die Patienten, korreliert mit der Meinung, die Interpersonelle Modulgruppe trage zum allgemeinen Behandlungserfolg bei ($r = .58, p = .022$). Auch der Aufbau erscheint aus Sicht des Teams sinnvoll ($M = 4.87, SD = 0.35$, range: 4-5). Die Mittelwerte sind alle über 4 (*trifft zu*).

Rückschlüsse und Beantwortung der Fragen und Hypothesen

Diese Arbeit sollte folgende Fragen beantworten:

1. Ist die Interpersonelle Modulgruppe wirksam (*proof of concept*)?

Die Depressionswerte konnten gemäss BDI-II in beiden Phasen signifikant reduziert werden. In Phase II liegen die BDI-II-Austrittswerte durchschnittlich bei 12 (knapp über *Remissions-Niveau*), 80% erreichten eine *Response* und 46% eine *Remission*. In Phase II konnten die sozialen Fertigkeiten gemäss SASS signifikant verbessert und die Patienten wurden gemäss IMI-R signifikant weniger feindlich und feindlich-submissiv, dafür dominanter, freundlicher und freundlich-dominanter eingeschätzt werden. Die eingesetzten Module und Strategien wurden von den Patienten als wirksam erachtet. Module, die auf *Achtsamkeit, emotionale Wahrnehmung* und *Klärung* abzielen, wurden von den Patienten als am hilfreichsten bewertet. In beiden Phasen gaben die Patienten an, die Interpersonelle Modulgruppe habe zur Zustandsverbesserung beigetragen (73% resp. 97%). In Phase II geben mehr Patienten an, die Interpersonelle Modulgruppe habe zur Zustandsverbesserung beigetragen, was für eine positive Weiterentwicklung des Manuals spricht. Die Gruppe scheint also aus Sicht der Patienten wirksam zu sein. Auch aus Sicht des Teams scheint die Gruppe zum allgemeinen Behandlungserfolg beizutragen und wirksam zu sein.

2. Welchen Anteil trägt die Interpersonelle Modulgruppe aus Patientensicht zum gesamten Therapieergebnis bei?

Gemäss den Patienten trug die Einzeltherapie ($M = 4.69, SD = 0.47$) am meisten zum Behandlungserfolg bei, gefolgt von den täglichen umfassenden Arztvisiten ($M = 4.18, SD =$

0.85). Die Gruppentherapie schnitt mit $M = 4.08$ (*trifft zu*, $SD = 0.74$) knapp dahinter auch sehr gut ab. Somit trägt die Interpersonelle Modulgruppe aus Sicht der Patienten, nebst der Einzeltherapie und den Arztvisiten, massgeblich zum gesamten Therapieergebnis bei.

3. Ist die Interpersonelle Modulgruppe aus Patienten- und Therapeutesicht durchführbar (*feasibility*)?

Die oben erwähnte Operationalisierung der *Durchführbarkeit* in einer offenen Pilotstudie gemäss NETSCC (2012) ist erfüllt: Für die Durchführung der Interpersonellen Modulgruppe erfüllten genügend Patienten die Einschlusskriterien für die Teilnahme und die Nachfrage unter den Patienten besteht. Die *Response*-Raten der Fragebögen waren zufriedenstellend und in beiden Phasen liessen sich geringe *Dropout*-Raten (6% resp. 9%) finden. Von den *Completern* konnten alle Daten verwendet werden. Die mittlere Aufenthaltsdauer war in Phase II länger (75 vs. 51 Tage). Berücksichtigt man jedoch, dass in Phase II auch der Anteil an chronischen oder häufig rezidivierenden Depressiven Störungen höher (74% vs. 50%) war und die Patienten mehr Komorbiditäten (93% vs. 88%) aufwiesen, kann die längere Liegedauer evtl. dadurch erklärt werden. Das gesamte Team gab an, die Interpersonelle Modulgruppe lässt sich gut durchführen und kann gut in den Stationsalltag integriert werden. Die Gruppe konnte regelmässig durchgeführt werden, evtl. sollte die Durchführungszeit aufgrund terminlicher Engpässe angepasst werden. Die benötigte Infrastruktur ist unkompliziert (Raum, Stühle, Flipchart, etc.), was die Implementierung vereinfacht. Die Durchführbarkeit kann also gemäss Patienten und Team als gegeben erachtet werden.

4. Wie hilfreich erleben die Patienten die Interpersonelle Modulgruppe (*acceptability*) und gibt es Begrenzungen (z.B. hohe *Dropout*-Rate)?

Die oben erwähnte Operationalisierung der *Akzeptanz* in einer offenen Pilotstudie gemäss NETSCC (2012) ist erfüllt: In beiden Phasen gaben die Patienten an, die Gruppe sei hilfreich und sie seien mit dem Verlauf und dem Lernfortschritt der Gruppe zufrieden. Ausserdem

denken die Patienten, dass sie zukünftig weiter von der Gruppe profitieren werden. Positiv bewertet wurden der offene und der ehrliche Austausch unter den Teilnehmenden, die Informationen und Gruppeninhalte, die positive und unterstützende und engagierte Art der Therapeuten, die Möglichkeit zur aktiven Beteiligung und die Arbeitsatmosphäre. Die eigene Motivation, der Lernzuwachs, das eigene Engagement, die Therapeuten, die Arbeitsatmosphäre und die gegenseitige Unterstützung zwischen den Gruppenmitgliedern wurden von den Patienten als *gut* bis *sehr gut* bewertet. Eine Gesamtnote von $M = 5.59$ ($SD = 0.50$) spricht für eine hohe Akzeptanz der Teilnehmenden. Negativ bewertet wurden die Gruppengrösse (zu klein oder zu gross), die teilweise zu grosse Informationsmenge, sowie terminliche Engpässe (Arztvisiten, sonstige Therapien).

5. Welche Wirkfaktoren im Therapieprozess (*Klärung, Erleben von Selbstwirksamkeit/Bewältigung, Beziehung zum Therapeuten, Atmosphäre zwischen den Patienten, Emotionsregulation*) lassen sich identifizieren?

Gemäss den Patienten kamen in allen vier Blöcken die genannten fünf Wirkfaktoren zum Tragen, die Mittelwerte waren alle im positiven Bereich, jedoch unterschieden sich die fünf Wirkfaktoren signifikant. Am meisten kam der Faktor *Therapiebeziehung* zu Tragen, gefolgt von *Gruppenklima, Emotionsregulation* und *Klärung*. *Selbstwirksamkeit/ Bewältigung* wurde am niedrigsten bewertet. Der Wirkfaktor *Emotionsregulation* scheint in Block 3 (Umgang mit Veränderungen und Verlusten) zum Tragen zu kommen. In Block 3 werden die Funktionsstörungen *emotionale Wahrnehmung* und *Emotionsregulation* angezielt. Es scheint so, als würde dieser Block den Wirkfaktor *Emotionsregulation* beinhalten, mehr zumindest als in Block 1 und 2, wo eher andere Funktionsstörungen wie *soziale Fertigkeiten* angezielt werden. Das Gruppenklima wurde in Block 2, wo es um zwischenmenschliche Konflikte geht, am tiefsten eingeschätzt, am höchsten in Block 4; dieser Unterschied war signifikant.

Gemäss den Therapeuten kam die *Emotionsregulation* signifikant weniger zum Tragen als die anderen Wirkfaktoren. Der Wirkfaktor *Selbstwirksamkeit/ Bewältigung* wurde am höchsten bewertet, jedoch war der Unterschied hier nicht signifikant. Die *Emotionsregulation* kam auch gemäss dem Team am meisten in Block 3 zum Tragen.

6. Lassen sich gewisse Prädiktoren (z.B. Komorbidität, frühkindliche Traumatisierungen, Alexithymie, Alter, Geschlecht) auf den Behandlungserfolg identifizieren?

In beiden Phasen gingen hohe BDI-II-Eintrittswerte mit hohen BDI-II-Austrittswert ($\beta = .79$ resp. $\beta = .61$) einher. D.h. hohe Depressivität zu Beginn wies auf ein weniger gutes Behandlungsergebnis hin. Die sozialen Fertigkeiten bei Austritt konnten durch jene bei Eintritt vorhergesagt werden ($\beta = .67$ resp. $\beta = .70$). Die Patienten mit höheren Werten im CTQ konnten bzgl. Depressivität tendenziell besser profitieren (in Phase II). In beiden Phasen konnten negative Zusammenhänge zwischen Komorbidität und Behandlungsergebnis gefunden werden. Auch scheint es, dass das weibliche Geschlecht mit höheren Depressionswerten bei Austritt einhergeht. Alexithymie schien hier keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis zu haben.

Somit können folgende Rückschlüsse auf die Hypothesen gemacht werden: Die Primär-Hypothese, die depressive Symptomatik unterscheidet sich signifikant vor und nach der Interpersonellen Modulgruppe, kann gemäss den Berechnungen angenommen werden.

Folgende sekundär-Hypothesen können angenommen werden: Die Interpersonelle Modulgruppe ist durchführbar (*feasibility*), die Patienten erleben die Interpersonelle Modulgruppe als hilfreich (*acceptability*), das Team empfindet die Gruppe als durchführbar und hilfreich, die Interpersonelle Modulgruppe trägt zum gesamten Therapieergebnis bei und die vier Blöcke weisen teilweise unterschiedliche Wirkfaktoren auf. Aus Sicht der Patienten

scheint die *Therapiebeziehung* besonders wichtig zu sein, während aus Therapeutesicht der Wirkfaktor *Selbstwirksamkeit/ Bewältigung* wichtig erscheint. Der Faktor *Emotionsregulation* kommt gemäss Patienten und Therapeuten besonders in Block 3 zum Tragen. Schwere Depressivität, reduzierte soziale Aktivität zu Beginn der Behandlung, weibliches Geschlecht und Komorbidität sagen ein weniger gutes Behandlungsergebnis voraus. Patienten mit hohen Traumatisierungswerten zeigen am Ende tiefere Depressionswerte. Alexithymie hat keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis. Generell kann festgehalten werden, dass die Hypothesen mehrheitlich angenommen werden können.

Diskussion

Ziel dieser Arbeit war, die Entwicklung und Evaluation eines modularen interpersonellen Gruppenprogramms zur Behandlung komorbider depressiver Patienten im stationären Setting hinsichtlich Durchführbarkeit (*feasibility*), Akzeptanz (*acceptability*) und einen ersten Machbarkeitsnachweis (*proof of concept*) zu überprüfen.

Ein vorläufiger Wirksamkeitsnachweis ist erbracht. Die selbstbewertete depressive Symptomatik verbesserte sich signifikant, der durchschnittliche Wert lag bei Austritt nahezu auf *Remissions*-Level. Die *Remissions*-Rate von 46% scheint zunächst für akut-episodisch depressive Patienten nicht besonders hoch. Dabei muss berücksichtigt werden, dass 74% der Patienten chronische Verlaufsformen aufwiesen, 93% der Stichprobe Komorbiditäten, mehr als die Hälfte der Patienten frühe Traumatisierungen und alle Patienten vorbehandelt waren. Eine Komorbiditätsrate von 93% in unserer Stichprobe übersteigt die von Melchior et al. (2014) gefundene Rate von 70%, was eventuell mit dem stationären Setting zu erklären ist. Komorbide Störungen und Traumatisierung sind nachweislich mit schlechteren *Outcomes*, höherem Chronifizierungsrisiko und längerer Dauer bis zur *Remission* verbunden (z.B. Goddard et al., 2015, Frank et al., 2011). Somit haben wir es in unserer Studie mit einer schwer betroffenen Patientengruppe zu tun. Bezüglich der *Remissions*-Raten findet die Arbeitsgruppe um Brakemeier et al. (2015) in einem vergleichbaren Setting nach einem 12-wöchigen *CBASP*-Programmes bei chronisch depressiven, grösstenteils therapieresistenten Patienten, eine *Remissions*-Rate von 40%, was mit unserer vergleichbar ist. Auch die klinischen und demographischen Patientencharakteristika sind bis auf eine höhere Komorbiditätsrate (93% vs. 61%) in unserer Stichprobe ähnlich, wobei die Studie von Brakemeier et al. (2015) auf einer störungsspezifischen Station für affektive Störungen durchgeführt wurde. Das Therapieprogramm enthielt *CBASP*-Module, die auch bei uns eingesetzt wurden, u.a. auch im Gruppenformat. Die dort gefundene *Dropout*-Rate von 7%,

sowie die 90% der Patienten, die das Programm als hilfreich empfunden haben, lassen sich mit unseren Befunden vergleichen. Gemäss unseren Patienten trägt das Teilnehmen am Gruppenprogramm massgeblich zur Zustandsverbesserung bei und die Gruppe wird als hilfreich erlebt. Es geben mehr Patienten in Phase II als in Phase I an, dass die Interpersonelle Modulgruppe zur Zustandsverbesserung beigetragen (97% vs. 73%) habe, was für eine erfolgreiche Weiterentwicklung des Manual spricht. Auch das Team empfindet die Gruppe als durchführbar und hilfreich. Dies deckt sich mit den Resultaten zum modularen Behandlungsprogramm von Chorpita et al. (2015), die nebst der hohen Patientenzufriedenheit auch eine hohe Zufriedenheit im Team fanden. Beachtenswert ist, dass nur 4 Patienten (9%) die Gruppe frühzeitig beenden. Eine geringe *Dropout*-Rate, hohe Patientenzufriedenheitsratings und positives Patientenfeedback weisen auf eine hohe Akzeptanz der Behandlung hin. In unserer Studie wurde kein *Follow-up* gemacht, weswegen hierzu keine Vergleiche zur *Follow-up*-Erfassung der Studie von Brakemeier et al. (2015) gezogen werden können.

Die signifikanten Veränderungen im Stimuluscharakter der Patienten im Sinne von freundlicherem und selbstbewussterem Verhalten deuten darauf hin, dass sich durch die Module effektiv das interpersonelle Funktionsniveau verbessert hat. Die im Programm eingesetzten *CBASP*-Strategien, wie der Einsatz des Kiesler Kreis Modells oder Situationsanalysen, zielen auf die Funktionsstörungen *Vermeidung/ soziale Fertigkeiten* und *soziale Kognition/ Empathie* ab und somit auf die Verbesserung der interpersonellen Leistungsfähigkeit. In einer Studie von Constantino et al. (2008) fanden die Autoren, dass chronisch depressive Patienten weniger feindlich und freundlicher nach einer *CBASP*-Therapie waren, was sich mit unseren Resultaten deckt.

Strategien zur *Achtsamkeit*, *emotionalen Wahrnehmung* und *Klärung* werden von den Patienten am hilfreichsten bewertet. Das Erkennen von Determinanten, Ursprüngen,

Hintergründen und aufrechterhaltenden Faktoren, welche dem Erleben und Verhalten zugrunde liegen, scheinen also wichtig für die Patienten. Wie Schramm, van Calker und Berger (2004) zeigten, erweist sich eine intensive Klärungsarbeit interpersoneller Themen mit anschliessender Problembewältigung als hilfreich. An Veränderungen gaben die Patienten an, achtsamer zu sein und mehr Bewusstheit für sich und in Beziehungen entwickelt zu haben sowie ihren Emotionen mehr Raum zu geben (angezielte Funktionsstörungen: *Hypersensitivität bezüglich sozialer Bedrohung/ sozialer Stress, soziale Kognition/ Empathie und Emotionale Wahrnehmung/ Emotionsregulation*). Das Anwenden des Kiesler Kreises sowie die Situationsanalysen hätten dabei geholfen, das Erwünschte Ergebnis besser zu bestimmen und erreichen zu können und somit das Verhaltensrepertoire zu erweitern (angezielte Funktionsstörungen: *fehlende Motivation/ Hilflosigkeit, Vermeidung/ soziale Fertigkeiten und soziale Kognition/ Empathie*). Somit werden alle angezielten Funktionsstörungen aus Patientensicht verbessert.

Auf der Prozessebene weisen die vier Blöcke der Gruppentherapie unterschiedliche Wirkfaktoren auf. Der Wirkfaktor *Therapiebeziehung* ist gemäss den Patienten besonders wichtig. Klein et al. (2003) fanden für *CBASP* und Krupnick et al. (1994) für *IPT*, dass eine kooperative *therapeutische Beziehung* mit einem besseren Therapieergebnis einhergeht, was wir in dieser Studie jedoch nicht untersucht haben. Es scheint aber, dass die *Basiskompetenzen*, die von Schmahel und Bohus (2013) erwähnt werden, so angewendet werden, dass sie sich positiv auf die Qualität der therapeutischen Beziehung auswirken können, was sich als wichtigster unspezifischer Wirkfaktor im Therapieoutcome herausgestellt hat (z.B. Lambert & Ogles, 2004). Für das Stationsteam scheint die *Emotionsregulation* weniger wichtig zu sein als die anderen Wirkfaktoren, während der Wirkfaktor *Selbstwirksamkeit/ Bewältigung* als der wichtigste angegeben wird. Die Therapeuten glauben, die Kompetenzen der Patienten erhöht zu haben und ihr

Bewältigungsrepertoire angesichts von Problemen vergrössert zu haben. Somit betonen sie eher Aspekte der Ressourcenaktivierung, die gemäss Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth und Willutzki (2009) und Stangier, von Consbruch, Schramm und Heidenreich (2010) als ein Hauptfaktor im Therapieergebnis angesehen werden. Sander, Zobel, Dykieriek und Schramm (2012) haben auch anhand des Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogens wöchentlich allgemeine Wirkfaktoren bei 29 chronisch depressiven Patienten während einer 16-wöchigen Behandlung mit *CBASP* oder *IPT* erhoben und mittels Varianzanalysen verglichen. Erfolgreiche Therapien unterschieden sich von nicht-erfolgreichen im Ausmass an *motivationaler Klärung* und *Problembewältigung*.

Schwere Depressivität zu Beginn der Behandlung, reduzierte soziale Aktivität, Komorbidität und das weibliche Geschlecht sagen schlechtere Behandlungsergebnisse vorher; Alexithymie hat keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis. Auch Frank et al. (2011) oder Hamilton und Dobson (2002) und fanden, dass schwere Depressionswerte vor der Behandlung mit schlechterer *Response* einhergehen. Die soziale Funktionsfähigkeit wurde beispielsweise auch bei Bosc (2000) erfasst, der auch Zusammenhänge zwischen reduzierter sozialer Aktivität und erhöhter Depressivität beschreibt. Der gefundene negative Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Depressionswerten bei Austritt kann nicht abschliessend bewertet werden, da der Regressionskoeffizient klein ausfiel. Jedoch scheint das Programm für Patienten mit Traumatisierung hilfreich.

Die Studie weist auch einige Schwächen auf, die bei der Interpretation berücksichtigt werden müssen. Die statistischen Analysen sind mehrheitlich deskriptiv und die Resultate der getesteten Hypothesen sind mit Vorsicht zu interpretieren, da das Design einer offenen Pilotstudie entspricht (Arain, Campbell, Cooper & Lancaster, 2010). So dürfen beispielsweise bei der Interpretation der Korrelationen untersuchter Variablen keine Rückschlüsse auf Kausalität gezogen werden. Bei den multiplen Regressionen mit

Rückwärtselimination gehen sechs Prädiktoren in die Berechnungen ein, obwohl pro Regressionsvariable (Prädiktor) eigentlich $n = 10$ Beobachtungen vorliegen sollten und somit die Stichprobe zu klein ist. Auch sind die gefundenen Regressionskoeffizienten teilweise klein, sodass die Vorhersagekraft eingeschränkt ist. Somit sind die Resultate nur explorativ zu bewerten.

Die Entwicklung des Therapieprogramms entspricht Stufe II von Buchkremer und Klingberg (2001). Diese Phase beinhaltet noch keine streng kontrollierte Methodik, sondern fokussiert lediglich auf die Überprüfung der Durchführbarkeit, Akzeptanz und Exploration möglicher Risiken, Nebenwirkungen und Wirkmechanismen. Diesen Anforderungen wird die vorliegende Studie gerecht. Phase II verlangt noch keine eng definierten Einschlusskriterien, daher ist eine Heterogenität der Patienten gegeben. Dadurch steigt die externe Validität und die Resultate und konzeptuellen Überlegungen lassen sich besser übertragen auf derzeitige stationäre Settings. Diese Studie repräsentiert lediglich einen ersten Testdurchlauf einer Gruppenintervention für komorbide stationäre Depressionen. Der nächste Schritt in der Entwicklung des Therapieprogramms ist die Wirksamkeitsprüfung (Phase III). Obwohl in dieser Pilotstudie explorativ Prä-Post-Analysen gemacht wurden, ist die Wirksamkeit zu diesem Zeitpunkt weitgehend unklar und es bleibt offen, ob die Verbesserung der depressiven Symptomatik durch die Gruppentherapie, die Einzeltherapie, die Medikamentengabe oder durch andere Zustände kommt oder eine Kombination aus den Variablen. Die meisten Patienten (97%) geben jedoch an, die Interpersonelle Modulgruppe habe zur Zustandsverbesserung beigetragen. Die Interpersonelle Modulgruppe könnte mit einer schon bestehenden und wirksamen Gruppentherapie für Depressionen verglichen werden.

Eine weitere Limitation dieser Studie besteht darin, dass keine Achse-II Störungen miterhoben wurden. Die Persönlichkeitsakzentuierungen oder -störungen hätten explorativ weitere aufschlussreiche Erkenntnisse liefern können und sollten in der nächsten Phase mit

berücksichtigt werden, auch wenn dies im stationären Setting schwierig sein kann, da die üblicherweise schwer ausgeprägten depressiven Symptome die Persönlichkeitsdiagnostik verfälschen können.

Generell kann die Diagnostik differenzierter gemacht werden. So haben Brakemeier et al. (2015) beispielsweise das Alter bei Erkrankungsbeginn, Therapieresistenz (Psychotherapie und Pharmakotherapie), frühere Suizidversuche, momentane Suizidalität, etc. explizit miterhoben. Auch eine Diagnostik gestörter Mechanismen (z.B. mangelnde Empathie) würde mehr Aufschluss liefern. Ausserdem könnte die Depressivität durch den Therapeuten anhand eines Fremdbeurteilungsinstruments, wie die Hamilton-Skala (HAMD-24, Hamilton, 1960), erhoben werden, um die selbstbewertete Depressivität zu ergänzen.

Bezüglich des IMI-R ist zu beachten, dass es als therapeutisches Instrument verwendet und vom Gruppentherapeut ausgefüllt wurde. Folglich sind die Therapeuten weder blinde noch objektive Beurteiler, sodass es hier Limitationen bezüglich Validität dieser Interpretationen gibt. In einer zukünftigen Studie sollte der IMI-R durch blinde Beurteiler oder sogar durch eine Bezugsperson, wie in einer veröffentlichten Studie von Grosse Holtforth et al. (2011) getan, eingeschätzt werden.

Auch in der mangelnden Standardisierung der Pharmakotherapie kann eine Begrenzung gesehen werden, was in dieser Phase jedoch kein zwingendes Kriterium darstellt. Der hohe Benzodiazepinkonsum bei Gruppeneinstieg (90%, $n = 35$) ist sicherlich auffällig. Bei Austritt ist der Konsum jedoch deutlich geringer (18%, $n = 7$), was positiv zu bewerten ist. Trotz des hohen Medikamentenkonsums, geben die Patienten jedoch an, die Interpersonelle Modulgruppe habe ebenso zur Zustandsverbesserung beigetragen wie die Medikamente. Die Station, auf der die Studie durchgeführt wurde, hat einen starken psychopharmakologischen und somatischen Schwerpunkt, was diese Resultate miterklärt. In einer nächsten Studie sollten die Medikamente differenzierter miterhoben werden, wie bei

Brakemeier et al. (2015) gemacht. So können die *Outcomes* mit den Medikamenten in Verbindung gebracht werden und die Interpretation der Resultate wird genauer.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 75 Tagen ist deutlich höher als die von Normann et al. (2015) gefundene von 48 Tagen. Die Arbeitsgruppe hat anhand von sechs Universitätskliniken den psychotherapeutischen Personalaufwand im Rahmen einer leitliniengerechten Krankenhausversorgung empirisch ermittelt. Somit wäre sicherlich ein Ziel, die Liegedauer zu verkürzen. Ein Grund für die lange Aufenthaltsdauer könnte wieder die schwer betroffene Patientengruppe sein.

Zuletzt stellt auch die fehlende Heterogenität der Studienleitung eine Schwäche der Studie dar, denn sie macht die Interpretation der Ergebnisse schwierig. In einer weiteren Studie müsste die Objektivität stärker berücksichtigt werden.

Zur Planung der randomisiert-kontrollierten Studie in der nächsten Phase sind also folgende Ergänzungen zu berücksichtigen: Eine Studie mit einer Kontrollgruppe, einer klar definierten Stichprobe mit methodisch höheren Anforderungen (grössere Stichprobe, genug grosse Power, etc.). In einem weiteren Schritt soll die *Prozess-Outcome*-Forschung, bei der die Wirkmechanismen mit dem Behandlungserfolg in Verbindung gebracht werden, wie es beispielsweise Sander et al. (2012) oder Schramm et al. (2004) gemacht haben, ebenfalls Bestandteil der Studie sein. Die Interpersonelle Modulgruppe sollte zunächst mit psychiatrischen Standardinterventionen verglichen werden. Ausserdem sollten Katamnesezeitpunkte, wie es in der Studie von Brakemeier et al. (2015) gemacht wurde, Auskunft über die Robustheit der Resultate über die Zeit geben. Die Prädiktorenforschung sollte weiter ausgebaut werden, um herauszufinden, welche Patientencharakteristika den Behandlungserfolg voraussagen. So könnte der BDI-II schon bei Eintritt eingesetzt werden und nicht erst bei Gruppenstart. Persönlichkeitsstörungen sollen beispielsweise mit dem SKID-II (wie bei Brakemeier et al., 2015 gemacht) mit erhoben werden. Die Medikation soll

standardisiert und somit mitkontrolliert werden. Die Untersuchung möglicher Moderatoren soll miteinbezogen werden. Für eine verbesserte Objektivität sollen mehrere Studienleiter eingesetzt und der IMI-R sollte durch blinde Beurteiler oder sogar eine Bezugsperson eingeschätzt werden. Ausserdem sollte untersucht werden, ob dieses Gruppenformat verglichen mit herkömmlichen Therapien, die Möglichkeit hat, Kosten für das Gesundheitssystem zu sparen und die Prognose von komplexen Depressiven Störungen zu verbessern. Ausserdem soll das Konzept interdisziplinär erweitert werden, indem die Module in der Ergo-und Physiotherapie ergänzend umgesetzt werden können. Auch diese Ergänzungen sollten empirisch untersucht werden und die von Buchkremer und Klingberg (2001) vorgeschlagenen Phasen durchlaufen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Abschliessend lässt sich festhalten, dass der Aufschwung der Modularen Psychotherapie u.a. aus dem zunehmenden Anspruch der Medizin an eine individualisierte bzw. personalisierte Therapie zu verstehen ist. Sie kann als Baukastensystem aufgefasst werden, das auf basalen Behandlungskompetenzen aufbaut und sowohl schulenübergreifende, unspezifische Techniken als auch störungsspezifische Techniken beinhaltet. Eine Aus- und Weiterbildung in Modularer Psychotherapie könnte einen zukunftsweisenden Brückenschlag zwischen störungsspezifischen Psychotherapien und individualisierten transdiagnostischen Therapieansätzen darstellen. Module können auch als *add-on* zu einer störungsspezifischen Therapie eingesetzt werden. Erste Studien zur Wirksamkeit sowie die Ergebnisse unserer Pilotstudie stimmen optimistisch, allerdings liegt eine hinreichende Evidenzbasierung der Modularen Psychotherapie noch nicht vor. So muss die Entwicklung präziserer Entscheidungsbäume zur Selektion geeigneter Module untersucht werden, Änderungsindikatoren aus der Prozessforschung müssen miteinbezogen werden und eine Kombination von Modularer Psychotherapie und Störungsorientierter Psychotherapie sowie

Vergleichsstudien müssen überprüft werden. In den nächsten Jahren wird sich entscheiden, ob eine Modulare Psychotherapie, die auf der Veränderung von dimensional konzipierten Funktionsstörungen und Problembereichen beruht und aufgrund eines flexiblen, adaptiven Vorgehens im Behandlungsverlauf dem Anspruch einer individualisierten Therapie standhält, einen tatsächlichen Paradigmenwechsel in der Psychotherapie bedeuten wird (Craske 2012, Insel & Cuthbert 2015). Es ist sicher festzuhalten, dass es lohnenswert erscheint, in die Optimierung der Depressionsbehandlung zu investieren, um die Belastungen für die Betroffenen und die Gesellschaft zu reduzieren. Der von der *RDoC*-Initiative vorgeschlagene integrative, dimensionale Ansatz, bei dem die Symptome mit den zugrundeliegenden Neuropsychopathologien in Verbindung gebracht werden, stellt dabei eine Möglichkeit dar. Dies ist in den momentan gültigen Klassifikationssystemen jedoch noch nicht der Fall. Die Modulare Psychotherapie baut auf diesen Überlegungen auf und kann, nebst dem Implementierungsaspekt für die Kliniker, der Komplexität Depressiver Störungen evtl. besser gerecht werden, da beispielsweise Komorbidität eher die Regel als die Ausnahme darstellt. Wie Thompson-Hollands et al. (2014) richtig schreiben, scheint es effizienter zu sein, in der Psychotherapie an störungsübergreifenden Mechanismen anzusetzen, die für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer grossen Vielfalt von psychopathologischen Symptomen verantwortlich sind, als die einzelnen Symptome der Störung anzugehen.

Die Modulare Psychotherapie scheint ein vielversprechender Weg zu sein, auf den Stärken der evidenzbasierten Behandlungen aufzubauen und deren Nutzen zu verbessern.

Literatur

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49–74.
doi:10.1037/0021-843X.87.1.49
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Arain, M., Campbell, M. J., Cooper, C. L. & Lancaster, G. A. (2010). What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. *BMC Medical Research Methodology, 10*, 67. doi:10.1186/1471-2288-10-67
- Barlow, D. H., Allen, L. B. & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205–230.
doi:10.1016/S0005-7894(04)80036-4
- Barlow, D. H., Bullis, J.R., Comer, J.S. & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 1-27. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185629
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., Ehrenreich-May, J. T. & Caspar, F. (Übersetzer). (2016). *Transdiagnostische Behandlung emotionaler Störungen: Therapeutenmanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Barnhofer, T., Brennan, K., Crane, C., Duggan, D. & Williams, J. M. (2014). A comparison of vulnerability factors in patients with persistent and remitting lifetime symptom course of depression. *Journal of Affective Disorders, 152-154*, 155-161.
doi:10.1016/j.jad.2013.09.001
- Barth, J., Munder, T., Greger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H. & Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with

depression: A network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10, e1001455.

doi:10.1371/journal.pmed.1001454

Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Belhadj Kouider, E. & Petermann, F. (2015). Gemeinsame Risikofaktoren von depressiver und ängstlicher Symptomatik im Kindes- und Jugendalter: Ein systematisches Review aus transdiagnostischer Perspektive. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 83, 321-333. doi:10.1055/s-0035-1553089

Belmaker, R. H. & Agam, G. (2008). Major depressive disorder. *The New England Journal of Medicine*, 358, 55–68. doi:10.1056/NEJMra073096

Berlim, M. T. & Turecki, G. (2007). Definition, assessment, and staging of treatment resistant refractory major depression: A review of current concepts and methods. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 52, 46-54. doi:10.1177/070674370705200108

Bernstein, D.P. & Fink, L. (1998). *CTQ childhood trauma questionnaire. A retrospective self-report. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Boden, M. T. & Thompson, R. J. (2015). Facets of emotional awareness and associations with emotion regulation and depression. *Emotion*, 15, 399-410. doi:10.1037/emo0000057

Bohus, M., Doering, S., Schmitz, B., Herpertz, S. & Leitlinien-Kommission Persönlichkeitsstörungen (2009). Allgemeine Prinzipien in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Psychiatrie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 59, 149-157. doi:10.1055/s-0029-1214425

Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., . . . Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A

randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 221-233.

doi:10.1159/000348451

Bohus, M., Herpertz, S. C. & Falkai, P. (2012). Modulare Psychotherapie – Rationale und Grundprinzipien. *Die Psychiatrie*, 9, 89-97. Verfügbar unter <http://www.schattauer.de/de/magazine/uebersicht/zeitschriften-a-z/die-psychiatrie/inhalt/archiv/issue/special/manuscript/17650/show.html>

Bohus, M., Mauchnik, J. & Schmahl, C. (2009). Neurobiologische Grundlagen von psychotherapeutischen Interventionen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 52, 97-104. doi:10.1024/1661-4747.57.2.97

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252 – 260.
doi:10.1037/h0085885

Bosc, M. (2000). Assessment of social functioning in depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 63-69. doi:10.1016/S0010-440X(00)90133-0

Brakemeier, E.-L., Engel, V., Schramm, E., Zobel, I., Schmidt, T., Hautzinger, M., . . . Normann, C. (2011). Feasibility and outcome of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) for chronically depressed inpatients: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 191–194. doi:10.1159/000320779

Brakemeier, E.-L., Kiyhankhadiv, A. & Schramm, E. (2014). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP): Neue Einsatzbereiche als stationäres Konzept und Gruppentherapie. *Psychiatrie & Neurologie*, 3, 2-10. Verfügbar unter http://www.tellmed.ch/tellmed/Fachliteratur/Psychiatrie/Neurologie/Psychiatrie_Neurologie_Nr_3_2014.php

Brakemeier, E.-L., Radtke, M., Engel, V., Zimmermann, J., Tuschen-Caffier, B., Hautzinger, M., . . . Normann, C. (2015). Overcoming treatment resistance in chronic depression:

A pilot study on outcome and feasibility of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy as an inpatient treatment program. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 51–56. doi:10.1159/000369586

Brown, T. A. & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256-271.
doi:10.1037/a0016608

Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Der Nervenarzt*, 72, 20-30. doi:10.1007/s001150050708

Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B. & Bruce, M. L. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 67, 489–496.
doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.35

Carroll, L. (1962). *Alice's adventures in wonderland*. Harmondsworth, Middlesex, England: Penguin Books.

Caspar, F. (2002). Das Impact Message Inventory von Kiesler. In E. Brähler, J. Schumacher, & B. Strauss (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 214-216). Weinheim: Beltz.

Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 631-638. doi:10.1002/jclp.20256

Chorpita, B. F., Daleiden, E. L. & Weisz, J. R. (2005). Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: A distillation and matching model. *Mental Health Services Research*, 7, 5-20. doi:10.1007/s11020-005-1962-6

Chorpita, B. F., Park, A., Tsai, K., Korathu-Larson, P., Higa-McMillan, C. K., Nakamura, B.

J., . . . Krull, J. (2015). Balancing effectiveness with responsiveness: Therapist satisfaction across different treatment designs in the Child STEPs randomized effectiveness trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*, 709-718.
doi:10.1037/a0039301

Chorpita, B. F. & Weisz, J. R. (2009). *MATCH-ADTC: Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma, or conduct problems*. Satellite Beach, FL: PracticeWise.

Chorpita, B. F., Weisz, J. R., Daleiden, E. L, Schoenwald, S. K., Palinkas, L. A., Miranda, J., Higa-McMillan, C. K., Nakamura, B. J., Austin, A. A., Borntrager, C. F., Ward, A., Wells, K. C. & Gibbons, R. D. (2013). Long-term outcomes for the Child STEPs randomized effectiveness trial: A comparison of modular and standard treatment designs with usual care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*, 999-1009. doi:10.1037/a0034200

Clark, D. A. & Taylor, S. (2009). The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for old wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23*, 60–66. doi:10.1891/0889-8391.23.1.60

Cloitre, M., Stovall-McClough, C., Zorbas, P. & Charuvastra, A. (2008). Attachment organization, emotion regulation, and expectations of support in a clinical sample of women with childhood abuse histories. *Journal of Traumatic Stress*, *21*, 282-289.
doi:10.1002/jts.20339

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). New York: Academic Press.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*, 155-150.
doi:10.1037/0033-2909.112.1.155

- Constantino, M. J., Manber, R., Degeorge, J., McBride, C., Ravitz, P., Zuroff, D. C., . . .
Arnow, B. A. (2008). Interpersonal styles of chronically depressed outpatients:
Profiles and therapeutic change. *Psychotherapy, 45*, 491-506. doi:10.1037/a0014335
- Craighead, W. E. & Dunlop, B. W. (2014). Combination psychotherapy and antidepressant
medication treatment for depression: For whom, when, and how. *Annual Review of
Psychology, 65*, 267-300. doi:10.1146/annurev.psych.121208.131653
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and
Anxiety, 29*, 749-753. doi:10.1002/da.21992
- Crocker, L. D., Heller, W., Warren, S. L., O'Hare, A. J., Infantolino, Z. P. & Miller, G. A.
(2013). Relationships among cognition, emotion, and motivation: Implications for
intervention and neuroplasticity in psychopathology. *Frontiers in Human
Neuroscience, 7*, 261. doi:10.3389/fnhum.2013.00261
- Cuijpers, P., Clignet, F., van Meijel, B., van Straten, A., Li, J. & Andersson, G. (2011).
Psychological treatment of depression in inpatients: A systematic review and meta
analysis. *Clinical Psychology Review, 31*, 353-360. doi:10.1016/j.cpr.2011.01.002
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J. & Andersson, G. (2012).
The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A metaanalysis.
Clinical Psychology Review, 32, 280–291. doi:10.1016/j.cpr.2012.01.003
- Cuijpers, P., Karyotak, E., Andersson, G., Li, J., Mergl, R. & Hegerl, U. (2015). The effects
of blinding on the outcomes of psychotherapy and pharmacotherapy for adult
depression: A meta-analysis. *European Psychiatry, 30*, 685-693.
doi:10.1016/j.eurpsy.2015.06.005
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D. & Andersson, G. (2010).
Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for
adult depression: Meta-analytic study of publication bias. *The British Journal of*

Psychiatry: The Journal of Mental Science, 196, 173-178.

doi:10.1192/bjp.bp.109.066001

Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922. doi:10.1037/a0013075

Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D. & Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: A meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, 40, 211-223.

doi:10.1017/S0033291709006114

Currin, L., Waller, G., Treasure, J., Nodder, J., Stone, C., Yeomans, M. & Schmidt, U. (2007). The use of guidelines for dissemination of “best practice” in primary care of patients with eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 40, 476-479. doi:10.1002/eat.20385

Danese, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., Polanczyk, G., Pariante, C. M., . . . Caspi, A. (2009). Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: Depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 162, 1135-1143.

doi:10.1001/archpediatrics.2009.214

Davidson, J. R. & Meltzer-Brody, S. E. (1999). The underrecognition and undertreatment of depression: What is the breadth and depth of the problem? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 4-9. Verfügbar unter

http://www.psychiatrist.com/JCP/article/_layouts/ppp.psych.controls/BinaryViewer.aspx?Article=/jcp/article/Pages/1999/v60s07/v60s0702.aspx&Type=Article

de Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C. & Schramm, E. (2007). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology Science and Practice*, 12, 174-183. doi:10.1093/clipsy.bpi022
- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J. & Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy vs. medications for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 788–796. doi:10.1038/nrn2345
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. (2015). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung* (2. Aufl.). doi:10.6101/AZQ/000262
- Dimeff, L. A. & Koerner, K. (Eds.). (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York: Guilford Press.
- Dozois, D. J. A., Seeds, P. M. & Collins, K. A. (2009). Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 44-59. doi:10.1891/0889-8391.23.1.44
- Duschek, S., Schandry, R. & Hege, B. (2003). *Soziale Aktivität Selbstbeurteilungs-Skala (SASS). Diagnostik sozialer Funktionsfähigkeit bei depressiven Störungen. Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Ehret, A. M., Kowalsky, J., Rief, W., Hiller, W. & Berking, M. (2014). Reducing symptoms of major depressive disorder through a systematic training of general emotion regulation skills: Protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14, 20. doi:10.1186/1471-244X-14-20
- Endtner, K., Tschacher, W. & Thommen, M. (2008). *Psychotherapie der*

Emotionsregulation: Beschreibung eines gruppentherapeutischen Verfahrens.

Forschungsberichte Abteilung für Psychotherapie. Universität Bern. Verfügbar unter
http://www.upd.unibe.ch/research/researchpapers/FB08_1.pdf

Fawcett, J., Scheftner, W. A., Fogg, L., Clark, D. C., Young, M. A., Hedeker, D. & Gibbons R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 1189-1194. doi:10.1176/ajp.147.9.1189

Fehlinger, T., Stumpfenhorst, M., Stenzel, N. & Rief, W. (2013). Comparing various skills: Emotion regulation is essential for improving depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 144, 116-122. doi:10.1016/j.jad.2012.06.015

Fiedler, P. (2005). *Verhaltenstherapie in Gruppen: Psychologische Psychotherapie in der Praxis* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M. & Willutzki, U. (2009). Working with patients' strengths: A microprocess approach. *Psychotherapy Research*, 19, 213–223. doi:10.1080/10503300902755300

Frank, E., Cassano, G. B., Rucci, P., Thompson, W. K., Kraemer, H. C., Fagiolini, A., . . . Forgiione, R.N. (2011). Predictors and moderators of time to remission of major depression with interpersonal psychotherapy and SSRI pharmacotherapy. *Psychological Medicine*, 41, 151-162. doi:10.1017/S0033291710000553

Gast, U., Rodewald, F., Benecke, H. H. & Driessen, M. (2001). *Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire (unautorisiert)*. Unveröffentlichtes Manuskript, Medizinische Hochschule Hannover, Deutschland.

Gassmann, D. & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 1–11. doi:10.1002/cpp.442

Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J. C., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi,

- M. H. & van Rhoads, R. S. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder* (3rd ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gelenberg, A. J., Kocsis, J. H., McCullough, J. P., Ninan, P. T. & Thase, M. E. (2006). The state of knowledge of chronic depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 179-184. Verfügbar unter http://www.psychiatrist.com/JCP/article/_layouts/ppp.psych.controls/BinaryViewer.aspx?Article=/jcp/article/Pages/2006/v67n02/v67n0202.aspx&Type=Article
- Germer, C. K. & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 856-867. doi:10.1002/jclp.22021
- Goddard, E., Wingrove, J. & Moran, P. (2015). The impact of comorbid personality difficulties on response to IAPT treatment for depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 1-7. doi:10.1016/j.brat.2015.07.006
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999. doi:10.1037/0003-066X.35.11.991
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7, 1-19. doi:10.1080/10503309712331331843
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Greenberg, L. S. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In S. K. D. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 77-110). München: CIP-Medien.
- Grissom, R. J. (1996). The magical number .7 +/- .2: Meta-metaanalysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 973-982. doi:10.1037/0022-006X.64.5.973
- Grosse Holtforth, M., Altenstein, D., Ansell, E., Schneider, C. & Caspar, F. (2011). Impact messages of depressed outpatients as perceived by their significant others: Profiles, therapeutic change, and relationship to outcome. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 319-333. doi:10.1002/jclp.20854
- Hafkenschied, A. (2012). Assessing objective countertransference with a computer-delivered Impact Message Inventory (IMI-C). *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19*, 37-45. doi:10.1002/cpp.734
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23*, 56-62. Verfügbar unter <http://jnnp.bmj.com/content/23/1/56.long>
- Hamilton, K. E. & Dobson, K. S. (2002). Cognitive therapy of depression: Pretreatment patient predictors of outcome. *Clinical Psychology Review, 22*, 875-893. doi:10.1016/S0272-7358(02)00106-X
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Hassel, S., McKinnon, M. C., Cusi, A .M. & Macqueen, G. M. (2011). An overview of psychological and neurobiological mechanisms by which early negative experiences increase risk of mood disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and*

Adolescent Psychiatry, 20, 277-288. verfügbar unter

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222571/?report=printable>

Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner C. (2009). *BDI-II. Beck-Depressions-Inventar* (2.

Aufl.). Frankfurt am Main: Pearson Assessment.

Herpertz, S., Caspar, F. & Lieb, K. (2016). *Psychotherapie. Funktions- und*

störungsorientiertes Vorgehen. München: Urban & Fischer in Elsevier.

Herpertz, S. C., Matzke, B., Mancke, F. & Hillmann, K. (2015-2018). Hypersensitivity to social threat, anger, and aggression in patients with borderline personality disorder. In Vorbereitung.

Hershenberg, R. & Goldfried, M. R. (2015). Implications of RDoC for the research and practice of psychotherapy. *Behavior Therapy*, 46, 156-65.

doi:10.1016/j.beth.2014.09.014

Hofmann, M., Fehlinger, T., Stenzel, N. & Rief, W. (2013). Transdiagnostische Fertigkeiten in Abhängigkeit vom Behandlungssetting - Fertigungsdefizite stationärer vs. ambulanter Patienten. *Psychotherapeut*, 59, 138-146. doi:10.1007/s00278-013-0993-5

Hofmann, S. G. & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632. Verfügbar unter

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2409267/pdf/nihms41989.pdf>

Hohagen, F. & Lotz-Rambaldi, W. (2012). Plädoyer für eine modulare Psychotherapie.

Verhaltenstherapie, 22, 84-85. doi:10.1159/000339443

Holtzheimer, P. E. & Mayberg, H. S. (2011). Stuck in a rut: Rethinking depression and its treatment. *Trends in Neurosciences*, 34, 1-9. doi:10.1016/j.tins.2010.10.004

IBM SPSS Statistics (Version 24) [Statistik-Software]. Armonk, New York: SPSS Inc.

- Insel, T. R. & Cuthbert, B. N. (2015). Medicine. Brain disorders? Precisely. *Science*, 348, 499-500. doi:10.1126/science.aab2358
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1 MH). *Nervenarzt*, 85, 77–87. doi:10.1007/s00115-013-3961-y
- Joormann, J. & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 35-49. doi:10.1016/j.brat.2016.07.007
- Kessler, R. C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N. & Shahly, V. (2010). Age differences in major depression: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 40, 225-237. doi:10.1017/S0033291709990213
- Kessler, R. C. & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119–138. doi:10.1146/annurev-publhealth-031912-114409
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., . . . Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352, 2515–2523. doi:10.1056/NEJMsa043266

- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, *90*, 185-214. doi:10.1037/0033-295X.90.3.185
- Kiyhankhadiv, A. & Schramm, E. (2016). *Manual zur Interpersonellen Modulgruppe. Ein Gruppenprogramm zur Behandlung komorbider depressiver Patienten im stationären Setting*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, Schweiz.
- Klein, J. P., Roniger, A., Schweiger, U., Späth, C. & Brodbeck, J. (2015). The association of childhood trauma and personality disorders with chronic depression: A cross-sectional study in depressed outpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *76*, e794-801. doi:10.4088/JCP.14m09158
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., . . . Keller, M. B. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 997–1006. doi:10.1037/0022-006X.71.6.997
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Kriston, L., von Wolff, A., Westphal, A., Hölzel, L. P. & Härter, M. (2014). Efficacy and acceptability of acute treatments for persistent depressive disorder: A network meta analysis. *Depression and Anxiety*, *31*, 621-630. doi:10.1002/da.22236
- Krueger, R. F. & Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry*, *14*, 27-29. doi:10.1002/wps.20175
- Krupnick, J. L., Elkin, I., Collins, J., Simmens, S., Sotsky, S. M., Pilkonis, P. A. & Watkins,

- J. T. (1994). Therapeutic alliance and clinical outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program: Preliminary findings. *Psychotherapy, 31*, 28–35. doi:10.1037/0033-3204.31.1.28
- Kupfer, J., Brosig, B. & Brähler, E. (2001). *Toronto-Alexithymie-Skala-26. Deutsche Version (TAS-26). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 139–193). New York: Wiley.
- Lei, H., Nahum-Shani, I., Lynch, K., Oslin, D. & Murphy, S.A. (2012). A “SMART” design for building individualized treatment sequences. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 21–48. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143152
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy, 69*, 97-110. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/279987091_The_Course_and_Evolution_of_Dialectical_Behavior_Therapy
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T. & Murray, C. J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. *The Lancet, 367*, 1747–1757. doi:10.1016/S0140-6736(06)68770-9
- Luborsky, L. (1995). Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the Dodo bird verdict that ‘everybody has won so all shall have prizes’? *Clinical Psychology Science and Practice, 2*, 106–109.
doi:10.1111/j.1468-2850.1995.tb00033.x

- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Levitt, J. T., Seligman, D. A., . . . Krause, E. D. (2003). Are some psychotherapies much more effective than others? *Journal of Applied Psychoanalytic Studies, 5*, 455-460.
doi:10.1023/A:1026023715740
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 32*, 995–1008.
doi:10.1001/archpsyc.1975.01760260059004
- Lynch, T. R., Whalley, B., Hempel, R. J., Byford, S., Clarke, P., Clarke, S., . . . Remington, B. (2015). Refractory depression: Mechanisms and evaluation of radically open dialectical behaviour therapy (RO-DBT) [REFRAMED]: Protocol for randomised trial. *BMJ Open, 5*, e008857. doi:10.1136/bmjopen-2015-008857
- Mathers, C. D. & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine, 3*, e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
- Mattern, M., Walter, H., Hentze, C., Schramm, E., Drost, S., Schoepf, D., . . . Schnell, K. (2015). Behavioral evidence for an impairment of affective theory of mind capabilities in chronic depression. *Psychopathology, 48*, 240-250.
doi:10.1159/000430450
- McCullough, J. (2000). *Treatment of chronic depression. Cognitive behavioural analysis system of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McCullough, J. P. (2006). *Treating chronic depression with disciplined personal involvement, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*. New York: Springer.
- McCullough, J. P., Schramm, E., Penberthy, K. & Plata, G. (Übersetzer). (2015). *CBASP – Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: Chronische Depressionen effektiv behandeln*. Paderborn: Junfermann.

- Melchior, H., Schulz, H. & Härter, M. (2014). *Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., . . . Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the national comorbidity survey replication — adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*, 980–989. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017
- Michalak, J., Schultze, M., Heidenreich, T. & Schramm, E. (2015). A randomized controlled trial on the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and a group version of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*, 951-963. doi:10.1037/ccp0000042
- Middleton, H., Shaw, I. & Feder, G. (2005). NICE guidelines for the management of depression. *BMJ*, *330*, 26–78. doi:10.1136/bmj.330.7486.267
- Murphy, J. A. & Byrne, G. J. (2012). Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of chronic depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *139*, 172-180. doi:10.1016/j.jad.2012.01.033
- Murray, C. J. & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *The Lancet*, *349*, 1498-1504. doi:10.1016/S0140-6736(96)07492-2
- U.S. National Institute of Mental Health [NIMH]. *Research Domain Criteria (RDoC)*. Abgerufen am 25. August, 2016 auf <https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>
- Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A. J., Schatzberg, A. F., . . .

Keller, M. B. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma.

Proceedings of the National Academy of Sciences, 100, 14293-14296.

doi:10.1073/pnas.2336126100

NETSCC [NIHR Evaluation, Trials and Studies Coordinating Centre]. (2012). Glossary.

Verfügbar unter http://www.nets.nihr.ac.uk/glossary?result_1655_result_page=F

Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review, 40*, 91-110.

doi:10.1016/j.cpr.2015.06.002

Ng, M.Y. & Weisz, J. R. (2016). Annual research review: Building a science of personalized intervention for youth mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*, 216-236. doi:10.1111/jcpp.12470

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C. & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews, 30*, 133–154.

doi:10.1093/epirev/mxn002

Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., . . . Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO world mental health surveys.

PLoS Medicine, 6, e1000123. doi:10.1371/journal.pmed.1000123

Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology, 67*, 127-132. doi:10.1002/jclp.20764

Normann, C., Wolff, J., Hochlehnert, A., Klein, J. P., Hohagen, F., Lieb, K., . . .

- Herpertz, S. C. (2015). Aufwand und Finanzierung leitliniengerechter, psychotherapeutischer Behandlung im Krankenhaus. *Nervenarzt*, *86*, 534-541.
doi:10.1007/s00115-015-4309-6
- Olson, I. R., Plotzker, A. & Ezzyat Y. (2007). The Enigmatic temporal pole: A review of findings on social and emotional processing. *Brain. A Journal of Neurology*, *130*, 1718-1731. doi:10.1093/brain/awm052
- Orlinsky, D. E. (2009). The 'generic model of psychotherapy' after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, *19*, 319–339.
doi:10.1037/a0017973
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp 270–376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy and process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 307-390). New York: Wiley.
- Paykel, E. S., Brugha, T. & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, *15*, 411-423.
doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.008
- Pincus, A. L., Lukowitsky, M. R. & Wright, A. G. C. (2010). The interpersonal nexus of personality and psychopathology. In T. Millon, R. Kreuger & E. Simonsen (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations for DSM-V and ICD-11* (pp. 523-552). New York: Guilford.
- Pryce, C. R., Azzinnari, D., Spinelli, S., Seifritz, E., Tegethoff, M. & Meinlschmidt, G.

- (2011). Helplessness: A systematic translational review of theory and evidence for its relevance to understanding and treating depression. *Pharmacology & Therapeutics*, 132, 242-267. doi:10.1016/j.pharmthera.2011.06.006
- Regli, D. & Grawe, K. (2000). *Die Berner Stundenbogen*. Unveröffentlichtes Manuskript, Institut für Psychologie, Universität Bern, Schweiz.
- Sander, L., Zobel, I., Dykieriek P. & Schramm E. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren bei der Behandlung chronisch depressiver Patienten – Vergleich zweier Psychotherapieansätze. *Verhaltenstherapie*, 22, 228–235. doi:10.1159/000345644
- Schmahl, C. & Bohus, M. (2013). Bedeutung der Neurobiologie für die modulare Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 84, 1316-1320. doi:10.1007/s00115-013-3872-y
- Schmitt, R., Winter, D., Niedtfeld, I., Herpertz, S. C. & Schmahl, C. (2016). Effects of psychotherapy on neuronal correlates of reappraisal in female patients with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 1, 548-557. doi:10.1016/j.bpsc.2016.07.003
- Schnell, K., Bluschke, S., Konradt, B. & Walter, H. (2011). Functional relations of empathy and mentalizing: An fMRI study on the neural basis of cognitive empathy. *NeuroImage*, 54, 1743-1754. doi:10.1016/j.neuroimage.2010.08.024
- Schramm, E. (2010). *Interpersonelle Psychotherapie* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Schramm, E. (2012). *CBASP in der Gruppe: Das Kurzmanual - Mit einem Geleitwort von Franz Caspar* (1. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Schramm, E. & Klecha, D. (2010). *Interpersonelle Psychotherapie in der Gruppe: Das Kurzmanual* (1. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Schramm, E., Schweiger, U., Hohagen, F. & Berger, M. (2006). *Psychotherapie für chronische Depression. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*

(CBASP) von James P. McCullough, deutsche Übersetzung und Bearbeitung.

München: Elsevier.

Schramm, E., van Calker, D. & Berger, M. (2004). Efficacy and therapeutic factors of interpersonal psychotherapy for depressed inpatients - results of a pilot study.

Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 54, 65-72. doi:10.1055/s-2003-812609

Schramm, E., van Calker, D., Dykieriek, P., Lieb, K., Kech, S., Zobel, I., . . . Berger, M.

(2007). An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: Acute and long-term results. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 768-777. doi:10.1176/appi.ajp.164.5.768

Schramm, E., Zobel, I., Dykieriek, P., Kech, S., Brakemeier, E-L., Külz, A. & Berger, M.

(2011). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus interpersonal psychotherapy for early-onset chronic depression: A randomized pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 129, 109–116. doi:10.1016/j.jad.2010.08.003

Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S.,

. . . Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the world health organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66, 785–795. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.36

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2008). *Die Achtsamkeitsbasierte*

Kognitive Therapie der Depression (1. Aufl.). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23, 407–412.

doi:10.1146/annurev.me.23.020172.002203

Shadish, W. R. J. & Sweeney, R. B. (1991). Mediators and moderators in meta-analyses:

There's a reason we don't let dodo birds tell us which psychotherapies should have

prizes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 883–893.

doi:10.1037/0022-006X.59.6.883

- Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y. & Alloy, L. B. (2014). Stressful life events and depression symptoms: The effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 209-223. doi:10.1002/jclp.22011
- Smith, E., Regli, D. & Grawe, K. (1999). Wenn Therapie wehtut: Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 31, 227-251.
- Souery, D., Oswald, P., Massat, I., Bailer, U., Bollen, J., Demyttenaere, K., . . . Mendlewicz, J. (2007). Clinical factors associated with treatment resistance in major depressive disorder: Results from a european multicenter study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1062-1070. doi:10.4088/JCP.v68n0713
- Stangier, U., von Consbruch, K., Schramm, E. & Heidenreich, T. (2010). Common factors of cognitive therapy and interpersonal psychotherapy in the treatment of social phobia. *Anxiety Stress and Coping*, 23, 289–301. doi:10.1080/10615800903180239
- Stenzel, N., Krumm, S., Hartwich-Tersek, J., Beisel, S. & Rief, W. (2013). Psychiatric comorbidity is associated with increased skills deficits. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 501-512. doi:10.1002/cpp.1790
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165–180. doi:10.1037/0003-066X.41.2.165
- Storch, E. A., Arnold, E. B., Lewin, A. B., Nadeau, J. M., Jones, A. M., De Nadai, A. S., . . . Murphy, T. K. (2013). The effect of cognitive behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized,

controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 132-142. doi:10.1016/j.jaac.2012.11.007

Teicher, M. H. & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *The American Journal of Psychiatry*, 170, 1114-1133.
doi:10.1176/appi.ajp.2013.12070957

Thompson-Hollands, J., Sauer-Zavala, S. & Barlow, D. H. (2014). CBT and the future of personalized treatment: A proposal. *Depression and Anxiety*, 31, 909-911.
doi:10.1002/da.22301

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 710-720.
doi:10.1016/j.cpr.2010.05.003

Tschacher, W. & Endtner, K. (2007). *Therapiesitzungsbogen für Patienten und Therapeuten*. Forschungsberichte der Abteilung für Psychotherapie. Universitäre Psychiatrische Dienste Bern. Verfügbar unter
http://www.upd.unibe.ch/research/researchpapers/FB07_1.pdf

Tschacher, W., Zorn, P. & Ramseyer, F. (2012). Change mechanisms of schema-centered group psychotherapy with personality disorder patients. *PLoS ONE*, 7, e39687.
doi:10.1371/journal.pone.0039687

Vuorilehto, M. S., Melartin, T. K. & Isometsa, E. T. (2009). Course and outcome of depressive disorders in primary care: A prospective 18-month study. *Psychological Medicine*, 39, 1697–1707. doi:10.1017/S0033291709005182

Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W. & Callen Tierney, S. (2002). A meta(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus “other therapies” for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159-165. doi:10.1016/S0165-0327(00)00287-1

- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, „all must have prizes“. *Psychological Bulletin*, 122, 203-215. doi:10.1037/0033-2909.122.3.203
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., . . . Gibbons, R. D. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry*, 69, 274-282. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.147
- Weisz, J. R. & Gray, J. S. (2008). Evidenced-based psychotherapy for children and adolescents: Data from the present and a model for the future. *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 54-65. doi:10.1111/j.14753588.2007.00475.x
- Weltgesundheitsorganisation. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (6. Aufl.). Bern: Huber.
- World Health Organization. (2008). The global burden of disease: 2004 update. Verfügbar unter http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1
- Wilhelm, S., Phillips, K. A., Didie, E., Buhlmann, U., Greenberg, J. L., Fama, J. M., . . . Steketee, G. (2014). Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 45, 314-327. doi:10.1016/j.beth.2013.12.007
- Williams, J. M., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, . . . Russell, I.T. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent

depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 275-286. doi:10.1037/a0035036

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.012

Wittchen, H., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen*. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bd. 51). Berlin: Robert Koch-Institut.

Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *SKID-I. Strukturiertes Klinische Interviews für DSM-IV (Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft und Beurteilungsheft. Eine deutschsprachige, erweiterte Bearbeitung der amerikanischen Originalversion des SCID-I)*. Göttingen: Hogrefe.

Wong, E. H., Yocca, F., Smith, M. A. & Lee, C. M. (2010). Challenges and opportunities for drug discovery in psychiatric disorders: The drug hunters' perspective. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 13, 1269-1284.
doi:10.1017/S1461145710000866

Anhang

Anhang A

Tabellen 10-12

Tabelle 10

Die Fragen aus dem Gruppenevaluationsbogen, den die Patienten nach Beendigung der Gruppe ausfüllen

Bitte geben Sie auf der folgenden Skala^a von 1 (*trifft gar nicht zu*) bis 5 (*trifft sehr gut zu*) an, wie sehr sie jeder der folgenden Aussagen zustimmen:

1. Die Interpersonelle Modulgruppe war für mich hilfreich
 2. Meine Stimmung hat sich im Verlauf der Interpersonellen Modulgruppe verbessert
 3. In der Interpersonellen Modulgruppe bearbeiteten wir Themen, die für mich wirklich wichtig sind
 4. Ich bin zufrieden mit dem Verlauf der Interpersonellen Modulgruppe
 5. Ich bin insgesamt zufrieden mit meinem Lernfortschritt innerhalb der Interpersonellen Modulgruppe
 6. Ich bin davon überzeugt, dass ich von der Interpersonellen Modulgruppe auch nach dem Ende dieser Gruppe weiter profitieren werde
 7. Ich finde die beobachtenden Achtsamkeitsübungen (z.B. Atem beobachten, Body-Scan, Gedanken beobachten) sinnvoll
 8. Ich finde die Übungen zur Achtsamkeit in Beziehungen (z.B. deep listening) sinnvoll
 9. Ich finde die Situationsanalyse sinnvoll
 10. Ich kann jetzt besser bestimmen, was ich in sozialen Situationen erreichen will (Erwünschtes Ergebnis: DO)
 11. Ich weiss jetzt besser, wie ich meine Erwünschten Ergebnisse (DOs) erreichen kann
 12. Ich kann jetzt meinen „Stimuluscharakter“ besser einschätzen
 13. Ich denke, dass das Kiesler Kreis Modell sinnvoll ist
-

Fortsetzung Tabelle 10

Die Fragen aus dem Gruppenevaluationsbogen, den die Patienten nach Beendigung der Gruppe ausfüllen

-
14. Ich glaube, dass ich meinen „Stimuluscharakter“ beeinflussen kann
 15. Ich habe durch die Interpersonelle Modulgruppe mein Verhaltensrepertoire erweitert
 16. Ich habe gelernt, dass eine akzeptierende Haltung bei Lebensveränderungen den Wechsel vereinfachen können
 17. Ich habe gelernt, dass ich bei Lebensveränderungen dabei aufkommende Emotionen berücksichtigen muss
 18. Ich fand die Wertearbeit sinnvoll
 19. Ich fand die Übungen zur Findung einer Balance zwischen verschiedenen Lebensbereichen (z.B. Arbeit, Partnerschaft, usw.) sinnvoll (z.B. Lebensrad, Energiegeber vs. -nehmer)
 20. Mein Zustand hat sich während des Klinikaufenthaltes verbessert
 21. Die Interpersonelle Modulgruppe hat dazu beigetragen
 22. Die verhaltenstherapeutischen Einzelsitzungen haben dazu beigetragen
 23. Die Arztvisiten haben dazu beigetragen
 24. Die Pflegegespräche haben dazu beigetragen
 25. Das Zusammensein mit den Mitpatienten hat dazu beigetragen
 26. Die Medikamente haben dazu beigetragen
 27. Die Ergotherapie hat dazu beigetragen
 28. Die Bewegungstherapie (z.B. Physiotherapie, Körperaufbautraining, Nordic Walking, usw.) hat dazu beigetragen
 29. Die Massagen haben dazu beigetragen
 30. Die Entspannungstherapien (z.B. NADA, Chi Gong, Aromatherapie, PMR, usw.) hat dazu beigetragen
 31. Die Musiktherapie hat dazu beigetragen
 32. Anderes: _____ (bitte nennen) hat dazu beigetragen
- Bitte beurteilen Sie nun anhand von Schulnoten^b die folgenden Aspekte...
33. ... meine eigene Motivation für die Interpersonelle Modulgruppe
 34. ... meinen Lernzuwachs durch die Interpersonelle Modulgruppe
-

Fortsetzung Tabelle 10

Die Fragen aus dem Gruppenevaluationsbogen, den die Patienten nach Beendigung der Gruppe ausfüllen

-
35. ... mein persönliches Engagement während den Interpersonellen Modulgruppen-Sitzungen
 36. ... mein persönliches Engagement, auch zwischen den Sitzungen an den Themen gearbeitet bzw. trainiert zu haben
 37. ... die Therapeuten
 38. ... die gegenseitige Unterstützung zwischen den Gruppenmitgliedern
 39. ... der Atmosphäre in der Interpersonellen Modulgruppe insgesamt
 40. Insgesamt gebe ich der Interpersonellen Modulgruppe folgende Note:
 41. Was ich durch die Interpersonelle Modulgruppe gelernt habe:
 42. Was mir am meisten geholfen hat bzw. was beurteile ich positiv:
 43. Was mir am wenigsten geholfen hat bzw. was beurteile ich negativ
(einschl. Veränderungsvorschlägen):
-

Anmerkung. Items 41-43 sind offen gestellte Fragen.

^aAntwortmodalität entspricht einer fünfstufigen Likertskala (1 = *trifft gar nicht zu*, 2 = *trifft ein wenig zu*, 3 = *trifft ziemlich zu*, 4 = *trifft zu*, 5 = *trifft sehr gut zu*). ^bAntwortmodalität analog Schulnoten (1 = *sehr schlecht*, 2 = *schlecht*, 3 = *ungenügend*, 4 = *genügend*, 5 = *gut*, 6 = *sehr gut*).

Tabelle 11

Die Fragen aus dem Gruppenevaluationsbogen, den das Team (Therapeuten und Pflege) nach vollständigem Durchlaufen der Gruppe ausfüllt

Bitte geben Sie auf der folgenden Skala von 1 (*trifft gar nicht zu*) bis 5 (*trifft sehr gut zu*) an, wie sehr Sie jeder der folgenden Aussagen zustimmen:

1. Ich denke, die Interpersonelle Modulgruppe lässt sich gut durchführen
2. Ich denke, die Interpersonelle Modulgruppe konnte gut in den Stationsalltag integriert werden
3. Die Interpersonelle Modulgruppe scheint für die Patienten hilfreich
4. Ich denke, der Aufbau der Interpersonellen Modulgruppe ist sinnvoll
5. Die Interpersonelle Modulgruppe trägt meiner Meinung nach zum allgemeinen Behandlungserfolg bei

Anmerkung. Antwortmodalität entspricht einer fünfstufigen Likertskala (1 = *trifft gar nicht zu*, 2 = *trifft ein wenig zu*, 3 = *trifft ziemlich zu*, 4 = *trifft zu*, 5 = *trifft sehr gut zu*).

Tabelle 12

Unterschiede zwischen Completern (n = 39) und Non-Completern (n = 4)

Variable	Completer	Non-Completer	t(41)	χ^2 (df)	p
Alter	M = 59, SD = 13.27	M = 57.25, SD = 12.58	0.25		.802
Weiblich, n (%)	28 (72)	3 (75)		0.19 (1)	.892
Schulabschluss, n (%)				1.62 (2)	.444
Hauptschule	9 (23)	1 (25)			
Realschule	9 (23)	2 (50)			
Matur	21 (54)	1 (25)			
Arbeitslos oder frühberentet, n (%)	18 (46)	1 (25)		0.66 (1)	.417
Verheiratet/ in einer Beziehung, n (%)	17 (44)	0 (0)		2.88 (1)	.089
Komorbid, n (%)	36 (92)	4 (100)		0.33 (1)	.565
Anzahl früherer MDDs	M = 3.69, SD = 2.97	M = 11.25, SD = 12.31	-1.22 ^a		.307
Traumatisiert CTQ, n (%)	21 (54)	1 (25)		1.21 (1)	.272
Alexithym TAS-26, n (%)	9 (23)	0 (0)		1.67 (1)	.280
Vorbehandlung stat. ,n (%)	24 (62)	4 (100)		2.36 (1)	.124
Medikamenten-gruppen bei Eintritt, n (%)				6.10 (5)	.297
A	1 (3)	0 (0)			
A & N	3 (7)	0 (0)			
A & B	10 (26)	1 (25)			
A, B & N	21 (54)	1 (25)			
A, S & B	3 (7)	1 (25)			
A, S, N & B	1 (3)	1 (25)			

Fortsetzung Tabelle 12

Unterschiede zwischen Completern (n = 39) und Non-Completern (n = 4)

Hauptfokus IPT, n (%)			2.11 (4)	.716
Rollenwechsel	18 (46)	2 (50)		
Arbeitsstress	9 (23)	1 (25)		
Trauer	7 (19)	0 (0)		
Isolation	3 (7)	1 (25)		
Konflikte	2 (5)	0 (0)		
BDI-II Eintrittswert	<i>M</i> = 29.79, <i>SD</i> = 10.17	<i>M</i> = 26.75, <i>SD</i> = 6.99	0.58	.564
SASS Eintrittswert	<i>M</i> = 35.97, <i>SD</i> = 7.44	<i>M</i> = 38, <i>SD</i> = 12.83	-0.49	.630
freundlich-dominant	<i>M</i> = 1.82, <i>SD</i> = 0.43	<i>M</i> = 1.81, <i>SD</i> = 0.55	0.05	.961
feindlich-unterwürfig	<i>M</i> = 2.83, <i>SD</i> = 0.47	<i>M</i> = 2.47, <i>SD</i> = 0.26	1.50	.142

Anmerkung. Abkürzungen: stat. = stationär; A = Antidepressiva; N = Neuroleptika; B = Benzodiazepine; S = Stimmungsstabilisierer.

^a df = 3.04, Varianzen sind nicht gleich.

Anhang B

Kiyhankhadiv, A. & Schramm, E. (2016). *Manual zur Interpersonellen Modulgruppe. Ein Gruppenprogramm zur Behandlung komorbider depressiver Patienten im stationären Setting.* Unveröffentlichtes Manuskript, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, Schweiz.

Manual zur Interpersonellen Modulgruppe

ein Gruppenprogramm zur Behandlung komorbider
depressiver Patienten im stationären Setting

Unveröffentlichtes Manuskript.

Anna Kiyhankhadiv & Elisabeth Schramm (2016).

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz.

Einleitung

Modulare Psychotherapie

Störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungsprogramme, wie die Interpersonelle Psychotherapie oder die Kognitive Verhaltenstherapie haben sich bei der stationären Depressionsbehandlung als wirksam erwiesen und gehören mittlerweile zum *state of the art* der Depressionsbehandlung. Dennoch stossen diese Interventionen an Grenzen, was Komorbiditäten und zugrundeliegende Pathologien, wie beispielsweise fehlende Empathie oder Emotionsregulation anbelangt. Um der Komplexität stationär behandlungsbedürftiger depressiver Störungen und dem Implementierungsaspekt der vielen Therapieformen gerecht zu werden, bietet sich ein modulares Organisationsprinzip an, welches eine pragmatische Gliederung etablierter therapeutischer Interventionen ermöglicht.

Für die hier beschriebene Interpersonelle Modulgruppe werden Module aus dem *CBASP* (*Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*; primär ausgerichtet auf frühe Beziehungstraumatisierungen und ausgeprägtes Vermeidungsverhalten), der *IPT* (*Interpersonelle Psychotherapie*; primär ausgerichtet auf die emotionale Verarbeitung von Lebensveränderungen und zwischenmenschliche Defizite) sowie der *Achtsamkeit* (ergänzt mit Elementen aus der Beziehungsachtsamkeit; primär ausgerichtet auf emotionale und Beziehungs-Wahrnehmung, Aufmerksamkeitslenkung, Akzeptanz) in einem Gruppenformat in systematischer Weise zusammengestellt.

Verwendung des Manuals

- jede Sitzung wird nachfolgend im Aufbau und einzelnen Schritten beschrieben
- die dazu benötigten Handouts sind aufgelistet und im Anhang zu finden. Sie können ausgedruckt werden.
- Das Handout mit den Patienteninformationen muss vom Anwender an das jeweilige gegebene Setting angepasst werden (z.B. Tag, Uhrzeit, wann die Gruppe stattfindet, Therapeutennamen, etc.)
- Die Sitzungen sind jeweils gegliedert in Beginn, Hauptteil und Ende.
- Zu Beginn und Ende der Gruppe findet jedes Mal ein Eingangs-, resp. Ausgangsblitzlicht statt.
- Eingangsblitzlicht: Das Ziel dabei ist, dass einerseits die Therapeuten wissen, wie die Patienten gerade präsent sind (in welcher Verfassung) und andererseits, dass die Patienten üben, ihren Zustand offen, differenziert und spezifisch zu beschreiben. Es geht ausserdem darum, eine Balance zu finden zwischen sich öffnen und auf den Punkt kommen (selektiv authentisch sein in Beziehungen). Vorgehen: nicht länger als 1-2 Sätze, am besten 1 Satz („wie bin ich gerade hier“). „Gut“ oder „schlecht“ werden als Zustandsbeschreibung ausdifferenziert.
- Abschlussblitzlicht: Jeder Patient gibt seine *Take Home Message* an. Am Ende jeder Sitzung soll jeder für sich etwas notieren, was heute gelernt wurde/ was aus der Sitzung mitgenommen wird.
- Das Abschlussblitzlicht beinhaltet jeweils die folgenden zwei Fragen: „Was nehmen Sie heute mit/ was haben Sie heute gelernt?“ und „Wie gehen Sie raus (Stimmung)?“
- In jeder Sitzung soll mindestens eine Achtsamkeitsübung stattfinden.
- Jeder Patient erhält vor Gruppenbeginn eine Therapiemappe für die Handouts. Darin sind zu Beginn Handouts 1 (Patienteninformation) und 2 (Take Home Message) enthalten.
- Bevor Patienten in Gruppe einsteigen, findet ein Vorgespräch zwischen Gruppentherapeut und Patient statt, in dem der Therapeut die Möglichkeit hat, den Patienten auf Gruppenfähigkeit hin zu beurteilen. Der Patient wird aufgeklärt über das

Vorgehen und den Inhalt in der Gruppe. Dann erhält er seine Therapiemappe, damit er vor Gruppenbeginn die Möglichkeit hat, Informationen über die Gruppe nachzulesen. Generell soll bei diesem Gespräch dem Patienten Mut gemacht werden, die Gruppe einfach einmal auszuprobieren.

- Die Gruppenregeln werden in der 1. Sitzung gemeinsam von allen Teilnehmern erstellt. Wenn neue Patienten bei einem neuen Block einsteigen, bekommen diese die Regeln auch ausgeteilt und haben die Möglichkeit, Ergänzungen zu machen.
- Die Zeitangaben sind als grobe Richtlinien zu verstehen; Abweichungen sind möglich.
- Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Grober Überblick

Therapeuten	Ein psychologischer Psychotherapeut geschult in CBASP, IPT und Achtsamkeit (oder Psychologe in fortgeschrittener Ausbildung) Ggf. Pflegekraft als Ko-Therapeut
Patienten	4-8 depressive Patienten (Alter 18-80 Jahre) mit (oder ohne) komorbide Beschwerden mit (oder ohne) begleitende Medikation allgemeine Gruppenfähigkeit
Ausschlusskriterien	akute Suizidalität floride psychotische Symptome akute Manie akute PTSD schwere kognitive Beeinträchtigung schwere organische neurologische Störungen ungenügendes Sprachverständnis
Setting	halb offen (Eintritt bei Beginn jedes neuen Blocks möglich) 2x wöchentlich, 90 Minuten, 8 Sitzungen
Techniken	Arbeit mit dem Kiesler Kreis Modell verkürzte Situationsanalysen Achtsamkeitsübungen Wertearbeit (emotionale) Bewältigungsstrategien bei Lebensveränderungen
Therapeutenmaterialien	Handouts Flipchart und verschieden farbige Stifte Kugelschreiber Materialien Achtsamkeitsübungen (z.B. Clementinen) Manualvorlage Stühle für Teilnehmer
Patientenmaterialien	Handouts Therapiemappe Stifte

Inhalte der vier Blöcke

Woche 1, Block 1: Interpersonelle Basisfertigkeiten

Woche 2, Block 2: Zwischenmenschliche Konflikte

Woche 3, Block 3: Umgang mit Veränderungen und Verlusten

Woche 4, Block 4: Rollenwechsel und Konflikte in der Arbeitsrolle, Burnout

Inhalte Block 1 (2 Sitzungen): Interpersonelle Basisfertigkeiten

- Psychoedukation zum interpersonellen Ansatz, zur Beziehungsgestaltung und zum Zusammenhang mit Depressionen
- Festlegen von interpersonellen Gruppenregeln (*designed alliance*)
- Interpersonelle Basisfertigkeiten (Beziehungsaufnahme und –gestaltung unter Einsatz des Kiesler Kreis Modells)
- Einführung (Beziehungs-) Achtsamkeit, Mitgefühl und Selbstfürsorge

Sitzung 1

Benötigte Materialien

- Optional: Glückskäfer aus Schokolade für jeden Patienten
- Flipchart („Herzlich willkommen zur Interpersonelle Modulgruppe)
- Filzstifte für Flipchart (ca. 4 verschiedene Farben)
- Kugelschreiber für jeden Patienten
- Handouts:
 - 3 (Vulnerabilitätsstressmodell)
 - 4 (Depressionsedukation)
 - 5 (Individuelle Problembereiche und Stimuluscharakter, 2x pro Patient)
 - 6 (Achtsamkeit & Schritte Mini-Meditation)

Beginn

Begrüßung & Vorstellungsrunde (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut und Ko-Therapeut.

Therapeut und Ko-Therapeuten stellen sich vor (Name, Funktion, Aufgaben) und heißen die Patienten willkommen.

Spezialgebiet erwähnen: Behandlung Affektiver Störungen mit interpersonellem Schwerpunkt.

Eingangsblicklicht (5-10 Min.)

Durchgeführt von Therapeut oder Ko-Therapeut.

„Wie sind Sie heute hier?/ Wie ist Ihre Stimmung?“

Erklären Ziele & Struktur der Gruppe (5-10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Therapiemappe erklären. Handouts 1 (Patienteninformation) und 2 (Take Home Message) sind schon darin enthalten.

Folgende Infos geben:

- Therapiemappe ist für die Handouts, bitte jeweils zur Gruppe mitbringen
- Gruppe erfolgt ergänzend zur Einzeltherapie, dort können die Gruppenthemen vertieft oder erneut aufgenommen werden

- Abgrenzung zu einer Psychoedukationsgruppe erklären (statt reine Informationsvermittlung viel Praxis und Erfahrungslernen)
- Psychische Störungen werden im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen und psychosozialer Rollen gesehen (Interaktion zwischen psychischer Störung und sozialer Rollen auf Flipchart aufzeichnen)
- Gruppe beinhaltet (praktische) Übungen, Hausaufgaben, schriftliches Material
- 2x/ Woche, 90 Minuten
- Name erklären (*Interpersonell*, weil psychische Störungen im Rahmen zwischenmenschlicher Probleme gesehen werden; *Modul* weil verschiedene Module aus verschiedenen Therapierichtungen zur Anwendung kommen)

Hauptteil

Psychoedukation Vulnerabilitäts-Stress-Modell (15 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut (aufmalen auf Flipchart).

Interaktiv mit den Patienten (ggf. auf die Flipchart schreiben):

- Wer hat welche Anfälligkeit (körperlich)? Sammeln
- Eigene Beispiele für Stress/ belastende Lebensereignisse sammeln
- Was haben alle belastenden Lebensereignisse gemeinsam?
- Welche Ressourcen haben Sie (Resilienz)? Jeder Teilnehmer soll eine Ressource benennen
- Kennt jemand das Modell schon?

Am Schluss sollen Patienten Folgendes vom Modell wissen:

- Da Modell wurde schon in den 60er Jahren von Forschern entwickelt und gilt eigentlich für alle psychischen Störungen, sehr einfaches Modell
- Zwei Hauptmechanismen von Depressionsentstehung (Anfälligkeit: Genetik/ frühe Traumata & Stress/ Belastungen) Abb. Vulnerabilitäts-Stress-Modell auf die Flipchart zeichnen
- Vergleich zu medizinischen Erkrankungen herstellen (z.B. schwaches Immunsystem ist anfälliger für eine Erkältung)
- Unter *Stress* verstehen wir belastende Lebensereignisse oder chronischer Beziehungsstress
- Je höher die *Anfälligkeit*, desto stärker wird der Einfluss von *äusseren Faktoren*. D.h. wenn man also schon eine hohe Anfälligkeit hat, dann braucht es nicht mehr so viel Stress, dass man krank wird. Menschen mit niedriger Anfälligkeit können mehr Stress abpuffern.
- Alle Lebensereignisse haben etwas mit *VERLUST* zu tun (es geht immer darum, diesen zu bewältigen)
- Verlust: Altes geht verloren/ endet, etwas Neues entsteht, andere Dinge bleiben. Wenn man das nicht akzeptieren kann, nicht damit umgehen kann, sich nicht darauf einstellen kann, kann die zu einer Depression beitragen (wird in Block 3 noch genauer angeschaut).
- Gegenteil von Anfälligkeit/Vulnerabilität: Resilienz („Schutzfaktoren“). Beispiele: soziale Unterstützung (z.B. vertrauensvolle Beziehung zum Partner), diese Faktoren haben auch Einfluss auf Risiko von Entwicklung und Verlauf einer Depression/ psychischer Erkrankung
- Nochmals Zusammenhang Depression und zwischenmenschlicher Kontext erwähnen
- Ausgehend von den genannten Beispielen für Stress: Vorschau verschiedener Bereiche, die in der Gruppe behandelt werden

Folgende Handouts austeilten:

- 3 (Vulnerabilitätsstressmodell)
- 4 (Depressionsedukation) (zum Lesen mitgeben)

Festlegen von Gruppenregeln und Zielen (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut (aufschreiben auf Flipchart).

Interaktiv mit den Patienten an der Flipchart sammeln: „Was brauchen Sie, um sich hier einlassen zu können/ um sich hier aufgehoben zu fühlen/um hier arbeiten zu können?“

Zum Beispiel: Vertraulichkeit, etc. Hinzufügen: „Erlaubnis, anders zu sein“ und „Keiner wird verletzt“

Therapeut tippt die gesammelten Regeln nach der Stunde ab und verteilt sie den Patienten in der 2. Sitzung.

Individuelle Problembereiche festlegen (5-10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

- Handout 5 (Individuelle Problembereiche und Stimuluscharakter) austeilten (2x pro Patient)

Nur oberen Teil anschauen, unterer Teil kommt in der nächsten Sitzung

Jeder Patient füllt Handout für sich aus.

1 Exemplar behalten, 1 Exemplar dem Therapeuten abgeben (erwähnen, dass es vertraulich bleibt)

Instruktion: „Bitte kreuzen Sie an, welche Problembereiche im Zusammenhang mit ihrer Depression/ dem Grund warum Sie hier sind stehen. Es können auch mehrere sein. Ein Blatt sollen Sie behalten, das andere bitten wir Sie, uns zu geben, damit wir Ihre Bereiche auch kennen und diese gezielt aufgreifen können.“

Einführung in die Achtsamkeit (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Einführung „Was ist Achtsamkeit?“ Definition an die Flipchart schreiben.

In jeder Sitzung wird es eine Übung geben

Lernen, zu beobachten, zu beschreiben, was gerade ist, ohne zu bewerten, teilnehmen.

Wichtig dabei ist das Atmen. Das tun wir sowieso, passiert automatisch. Durch den Atem innehalten und im Moment sein. Achtsamkeitsübungen sind Übungen zur

Aufmerksamkeitslenkung. Achtsamkeit als Haltung. Braucht regelmässige Übung (vgl. Muskel, der trainiert werden muss (Kabat-Zinn & Valentin, 2014)

- Handout 6 (Achtsamkeit & Schritte bei der Mini-Meditation) austeilten

Achtsamkeitsübung (5-10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Body Scan, Atemraum

„Wir werden nun eine kurze Achtsamkeitsübung durchführen. Diese Übung kann man fast immer und überall machen. Bitte nehmen Sie die Grundposition ein: Füße auf dem Boden erden (der Boden ist immer da, er trägt uns), nehmen Sie die Fläche unter Ihrem Gesäss wahr. Aus dieser Erdung nehmen Sie eine aufrechte Haltung in Ihrem Oberkörper ein, ohne dabei zu verkrampfen. Spüren Sie ihr starkes Rückgrat und öffnen Sie den Schultergürtel. Sie können Ihre Augen schliessen oder einen Punkt vor Ihnen auf dem Boden fixieren. Nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit und beobachten Sie mal Ihren Körper. Wie fühlt er sich gerade an? Scannen, ohne zu bewerten oder etwas zu verändern. Sich einfach nur gewahr

werden. Dann richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf Ihren Atem. Einfach nur beobachten, nicht versuchen, ihn in irgendeiner Weise zu kontrollieren. Lassen Sie es zu, dass der Atem seine natürliche Tiefe und seinen eigenen Rhythmus findet. Versuchen Sie, durch die Nase einzuatmen, ausser Sie können dies aus irgendeinem Grund nicht. Beobachten Sie Ihren Atem, und fokussieren Sie Ihre Aufmerksamkeit entweder auf die Empfindungen in Ihren Nasenlöchern, die mit dem Kommen und Gehen Ihres Atems verbunden sind, oder auf das Heben und Senken Ihres Bauches. Richten Sie Ihre volle Aufmerksamkeit auf das Kommen und Gehen Ihres Atems. Tun Sie es wie eine Mutter, die die Bewegungen ihres kleinen Kindes beobachtet - liebevoll, doch beharrlich, weich, doch genau, mit einem entspannten, doch fokussierten Bewusstsein. Wenn Sie erkennen, dass Ihr Geist abgeschweift ist und Sie gedanklich in Ihre Pläne, Ideen oder Tagträume verwickelt sind, bringen Sie Ihren Geist sanft, aber fest zu Ihrem Atem zurück. Sie müssen damit rechnen, dass immer wieder Gedanken und Bilder auftauchen und durch Ihren Geist wirbeln werden, wenn Sie meditieren, aber machen Sie sich keine Sorgen. Kehren Sie einfach geduldig und beharrlich zu Ihrem Atem zurück. Falls Sie es praktisch unmöglich finden, Ihren Atem zu beobachten, sollten Sie versuchen, Ihre Atemzüge zu zählen.“

Danach interaktiv die Erfahrungen der Teilnehmer sammeln

Hausaufgaben:

- Handout 4 (Depressionsedukation) lesen
- Atemübung einmal täglich 5 Min.

Ende

Take Home Message notieren (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

Handout 2 (Take Home Message) ausfüllen (befindet sich in der Therapiemappe).

Abschlussblitzlicht (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeuten oder Ko-Therapeuten

„Was nehmen Sie heute mit/ was haben Sie heute gelernt?“

„Wie gehen Sie raus (Stimmung)?“

Sitzung 2

Benötigte Materialien

- Flipchart
- Filzstifte für Flipchart (ca. 4 verschiedene Farben)
- Kugelschreiber für jeden Patienten
- Clementinen o.Ä.
- Handouts:
 - 7 (Gruppenregeln)
 - 8 (Kiesler Kreis Beispiele Verhaltensweisen)
 - 9 (Erklärung Kiesler Kreis)
 - 5 (Individuelle Problembereiche und SC)
 - 10 (Achtsam essen)
 - 11 (Crazy Monkey)

Beginn

Eingangsblicklicht (5-10 Min.)

Durchgeführt von Therapeut oder Ko-Therapeut.

„Wie sind Sie heute hier?/ Wie ist Ihre Stimmung?“

Kurzes Nachbesprechen der abgetippten Gruppenregeln aus Sitzung 1 (3 Min.)

Durchgeführt von Therapeut oder Ko-Therapeut.

Flipchart vom letzten Mal aufgreifen und Handout 7 (Gruppenregeln)austeilen

Aufgreifen der Hausaufgaben/ interaktiver Rückblick (5-10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Wer hat Fragen? Gab es Schwierigkeiten? Erfahrungen austauschen, Hilfestellungen geben.

Hauptteil

Zusammenhang Depression und Beziehungsgestaltung, Einführung Kiesler Kreis (20 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut (aufmalen auf Flipchart).

Einführung Kiesler Kreis: Zwischenmenschliche Basisfertigkeiten: „Wie kann ich von anderen bekommen, was ich will oder brauche? Welche Konsequenzen hat mein Verhalten?“
Achsen, Stimuluscharakter einführen, evtl. typische prominente Personen sammeln

Handouts austeilen:

- 8 (Kiesler Kreis Beispiele Verhaltensweisen)
- 9 (Erklärung Kiesler Kreis)

Kiesler Kreis demonstrieren (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut und Ko-Therapeut.

Beim Bäcker (Rollen: Verkäufer und Käufer), einmal freundlich-unterwürfiger Käufer, einmal feindlich-dominanter Käufer.

Patienten sollen Stimuluscharakter erraten und auf dem Kiesler Kreis einordnen (verbales und nonverbales Verhalten)

Zusammenhang Kiesler Kreis und Depression besprechen (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Wo stehen (chronisch) depressive Menschen häufig? (fei-unt)

Frage ist jeweils: Was wollen Sie von der anderen Person? Mit welchem Verhalten bekommen Sie, was Sie wollen?

Zwischenmenschliche Probleme sind in der Regel Ergebnis ungünstiger Interaktionsmuster. Diese führen oft zu Beziehungsmustern, die sich selbst aufrechterhalten.

Die Erfahrung zeigt, dass v.a. chronisch depressive Patienten häufig passiv-aggressive, unterwürfige Verhaltensweisen zeigen, was beispielsweise verhindern kann, dass sie von anderen Menschen Unterstützung erhalten. Manchmal kann diese unterwürfige oder abwehrende Haltung eine wichtige, schützende Strategie sein, da wir jemanden besser nicht zu nah ranlassen, weil wir evtl. die Erfahrung gemacht haben, dass man Personen nicht vertrauen kann (Prägungen).

Individuelle Problembereiche (s. Handout 5) aufgreifen und Zusammenhang zu Konsequenzen/ Art der Kommunikation und Depression herstellen, eigenen Stimuluscharakter einzeichnen (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Handout 5 (individuelle Problembereiche und Stimuluscharakter) vom letzten Mal hervorheben.

Frage an Patienten: „In welchen Problembereichen ist das Thema Beziehungsgestaltung enthalten?“

Jeder soll seinen Stimuluscharakter einzeichnen („Wo standen Sie mit Ihrem Verhalten in den letzten Jahren die meiste Zeit?/ Wo würden Sie gerne hin?“) Ist und Soll einzeichnen. Ziel definieren.

Achtsamkeitsübung Beobachten: Clementinenübung (15 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

Ablauf: Jeder Teilnehmer soll eine Clementine aussuchen, achtsam beschreiben (wie wenn sie zu ersten Mal gesehen wird, keine Beurteilung ob schön oder nicht), alle Clementinen wieder zurücklegen, mischen, eigene Clementine wieder raussuchen, evtl. achtsam essen. Kann auch ein anderes Objekt sein (z.B. saisonale Frucht, Blume, Kastanie, Rosine, etc.)

Ziele:

- Erfahren, dass ein Unterschied zwischen achtsamer Bewusstheit und dem Autopilotenmechanismus existiert
- Entdecken, wie Achtsamkeit die Facetten einer Situation „enthüllen“ kann, die man vorher niemals wahrgenommen hat und die Erfahrung dadurch verändern und transformieren kann
- Verdeutlichen, wie allgegenwärtig Gedankenwandern ist und wie die „mentale Zeitreise“ in Zeit und Raum wegtragen kann.
- Alltägliche Tätigkeit (z.B. essen einer Clementine) – allerdings mit einer neuen achtsamen Haltung: „Anfängergeist“

Instruktion:

„Bitte nehmen Sie sich je eine Clementine aus der Mitte, zu der man sich intuitiv hingezogen fühlt. Hinsetzen in achtsamer Haltung (wie bei Atemübung, aufrecht, Boden spüren usw.) Nun würde ich Sie bitten, Ihre Aufmerksamkeit auf dieses Objekt zu richten als hätten sie noch nie eine gesehen. Stellen Sie sich vor, dass dieses Objekt vom Mars kommen würde und sie ein solches Objekt noch nie in Ihrem Leben gesehen hätten. Nehmen Sie das Objekt und halten Sie es in Ihrer Handfläche (Pause). Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf das Sehen dieses Objektes (Pause). Betrachten Sie es aufmerksam, so als ob Sie solch ein Ding niemals zuvor gesehen hätten (Pause). Schauen Sie es sich von allen Seiten an (Pause). Wahrnehmen und beschreiben, ohne zu bewerten. Erkunden Sie seine Oberfläche mit Ihren Fingern (Pause). Erkunden Sie seine helleren Stellen... und die dunkleren Einbuchtungen und Falten (Pause). Lass Sie Ihre Augen jede Stelle erkunden, so als ob Sie solch ein Ding niemals zuvor gesehen hätten (Pause). Und wenn Ihnen während Sie dies tun Gedanken durch den Kopf gehen wie „Was machen wir hier eigentlich?“ oder „Das mag ich nicht, was wir hier machen!“ dann nehmen Sie dies als Gedanken wahr und kehren mit Ihrer Aufmerksamkeit zu dem Objekt zurück (Pause). Und nun riechen Sie an dem Objekt. Nehmen Sie es und halten Sie es unter Ihre Nase. Mit jedem Einatmen nehmen Sie sorgfältig den Geruch dieses Objektes wahr. Und nun betrachten Sie es wieder (Pause). Jetzt machen wir ein weiteres Experiment mit dem Objekt: halten Sie es an die Ohren und drehen Sie es zwischen ihren Fingern – vielleicht können Sie nun sogar dieses Objekt mit Ihrem Gehör wahrnehmen (Pause).

Rauskommen mit 2 tiefen Atemzügen. Nun legen Sie dieses Objekt wieder in die Mitte (mischen). Nun nehmen Sie wieder Ihr eigenes Objekt raus.

Falls noch Zeit: Und nun schälen Sie das Objekt ganz achtsam. Und nun führen Sie das Objekt ganz langsam zu Ihrem Mund. Vielleicht können Sie bemerken, dass Ihre Hand und Ihr Arm ganz genau wissen, was zu tun ist. Vielleicht merken Sie auch, dass Ihnen das Wasser im Mund zusammen läuft. Stecken Sie das Objekt noch nicht direkt in den Mund, sondern zwischen Ihre Lippen und ertasten Sie es zuerst mit Ihren Lippen (Pause). Jetzt nehmen Sie es ganz langsam in den Mund, aber beißen Sie noch nicht zu. Erkunden Sie vielmehr die Empfindung, dieses Objekt im Mund zu haben (Pause). Und dann, wenn Sie bereit sind, beißen Sie sehr langsam und sehr bewusst in dieses Objekt und bemerken Sie den Geschmack der nun freigesetzt wird (Pause). Kauen Sie ganz langsam... bemerken Sie den Speichel in Ihrem Mund... die Veränderung der Konsistenz des Objektes (Pause). Und schauen Sie zum Abschluss, ob Sie die Empfindung des Schluckens wahrnehmen können, diese Empfindung bis in den Magen verfolgen können und nun wahrnehmen, dass Ihr Körper jetzt genau einen Clementinen schnitz schwerer ist.

Danach interaktiv Erfahrungen besprechen

Handouts austeilen:

- 10 (Achtsam essen)
- 11 (Crazy Monkey)

Hausaufgaben:

- Situationen beobachten und mit Kiesler Kreis in Verbindung bringen
- Achtsamkeit üben (atmen, essen)

Ende

Take Home Message notieren (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

Abschlussblitzlicht/ evtl. Patienten verabschieden (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

„Was nehmen Sie heute mit/ was haben Sie heute gelernt?“

„Wie gehen Sie raus (Stimmung)?“

Inhalte Block 2 (2 Sitzungen): zwischenmenschliche Konflikte

- Umgang mit zwischenmenschlichen Situationen, um von anderen zu bekommen, was man sich wünscht (sog. Mini- Situationsanalysen inkl. Kiesler Kreis Training)
- Umgang mit zwischenmenschlichen Konfliktsituationen, Konfliktstadien und – kernthemen erkennen und verstehen (Situations- und Kommunikationsanalysen)
- Achtsamer Dialog/ achtsames Miteinander (*deep listening*)

Sitzung 3

Benötigte Materialien

- Flipchart
- Filzstifte für Flipchart (ca. 4 verschiedene Farben)
- Kugelschreiber für jeden Patienten
- Handouts:

- 7 (Gruppenregeln)
- 12 (Konfliktstadien & -themen)
- 13 (Mini Situationsanalyse)
- 14 (Kommunikations-Fertigkeiten)
- 15 (Atemraum)

Beginn

Eingangsblicklicht (5-10 Min.)

Durchgeführt von Therapeut oder Ko-Therapeut.

„Wie sind Sie heute hier?/ Wie ist Ihre Stimmung?“

evtl. neue Patienten begrüßen, Handout 7 (Gruppenregeln) austeilen, erwähnen, dass Ergänzungen möglich sind.

Aufgreifen der Hausaufgaben/ interaktiver Rückblick (5-10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut

Wer hat Fragen? Gab es Schwierigkeiten? Erfahrungen austauschen

Kurze Wiederholung Kiesler Kreis. „Ist Ihnen der Kiesler Kreis mal in den Sinn gekommen?“

Hauptteil

Einführung Thema Konflikte (5-10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Nochmals Bezug nehmen auf individuelle Problembereiche, jeder soll schauen, ob Konflikte Thema sind.

„Was sind Konflikte? Was haben sie mit Depressionen zu tun?“

Unterschiedliche Erwartungen = Definition Konflikt. Was will ich erreichen? Wie kann ich das erreichen?

Kiesler Kreis wird uns da auch wieder begegnen.

Konfliktstadien- und kernthemen erkennen und verstehen (15 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut (an Flipchart zeichnen).

Konfliktstadien:

Verhandlung: Man geht in Konflikt rein, noch nicht klar, ob erfolgreich/effizient oder nicht. Setze mich damit auseinander und versuche aktiv, Veränderungen herbei zu führen, auch wenn ein Erfolg nicht zwingend gewährleistet ist.

Strategie/ Ziel: Deeskalieren/ sachlich werden.

Sackgasse: Konflikt besteht, aber man kommuniziert nicht darüber, es geht nicht in Verhandlung, z.B. „kalte Ehe“, Groll, keine Gespräche mehr. Haltung „es bringt sowieso nichts“).

Strategie/ Ziel: wieder Bewegung reinbringen, „turn up the volume“ *Zerwürfnis/Auflösung*: bei länger andauernden Konflikten, z.B. bei Paaren, die sich bereits wenn emotional getrennt oder losgelöst haben). Beziehung ist unwiderruflich zerrüttet.

Wichtig: diese Stadien sind nicht fix!!! Sie können sich verändern, ineinander übergehen.

In Zusammenhang bringen mit Kiesler Kreis. Einordnen, wo die Parteien jeweils einzuordnen sind.

Interaktiv Beispiele sammeln für alle Stadien.

Konfliktthemen:

Unterscheidung zwischen *Thema* und *Inhalt*. Oft streiten wir über Inhalte, jedoch sind die zugrundeliegenden Themen häufig dieselben. Diese müssen bewusst gemacht werden.

Beispiele für zugrundeliegende Themen: Autonomie/Freiheit vs. Nähe; Passivität vs. Aktivität; Nähe vs. Distanz; Konventionell vs. unkonventionell; Macht vs. Unterwerfung. Für die vorherigen Beispiele zugrundeliegende Themen interaktiv ausfindig machen.

Handout 12 (Konfliktstadien & –themen) austeilen:

Einführung Mini-Situationsanalysen (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Ziele der Situationsanalyse erklären, es handelt sich um eine Problemlöseaufgabe. Lernen, welche Konsequenzen sein eigenes Verhalten auf die Umwelt hat. Lernen, dass man nicht hilflos ist, sondern oftmals erreichen kann, was man will. Sich Ziele setzen, die realistisch, erreichbar und durch sein eigenes Verhalten erreichbar). Interpretation und Verhalten sollen konstruktiv und auf die Situation bezogen sein, angemessenes Verhalten aneignen, um Ziele zu erreichen.

Handout 13 (Mini Situationsanalyse) austeilen:

Durchführung Mini Situationsanalyse (20 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Situationssuche „Kommt Ihnen eine zwischenmenschliche Situation in den Sinn, in der Sie nicht das erreicht haben, was Sie wollten?“

Mögliche Beispiele: Platzreservation im Zug, jmd. um etwas bitten und die Person sagt Nein (z.B. Umzugshilfe), etc.

Auf Flipchart Mini Situationsanalyse durchführen.

1. Beschreibung der Situation: Was ist passiert? Situation braucht Anfangs- und Endpunkt und Geschichte dazwischen. Rein beschreibend, äussere Prozesse, die beobachtet werden können, vgl. Regieanweisungen einer Filmszene
2. Erwünschtes Ergebnis (DO): Welchen Ausgang hätten Sie sich gewünscht? (bzw. wie hätten Sie sich gerne verhalten)? Englisch: DO = Desired Outcome. Muss realistisch und erreichbar sein und in Ihnen selbst verankert. Möglichst nur 1 Satz.
3. Schlachtruf
4. Veränderung des Verhaltens: Wie hätten Sie sich verhalten können, um das zu bekommen, was Sie wollten? Zielführendes Verhalten formulieren, nach dem Rollenspiel ggf. im Kiesler Kreis einordnen

Rollenspiel:

mind. 2-4- mal neue Situation mit Shapingschritten durchspielen.

Der Patient, der die Situation eingebracht hat, darf sich jemanden aussuchen, der ihn spielt (Gewählte Person kann auch Nein sagen). Patienten fragen, was gespielt werden soll, was er will, wie es gespielt wird. Coaching durch Therapeuten. Kurze Sequenz spielen. Positive Rückmeldung durch den Therapeuten. Den Schauspieler fragen: „Wie war es für Sie? Haben Sie bekommen, was Sie wollen? EE erreicht?“ Ggf. shapen: „Machen Sie es noch mal genauso so prima und jetzt in einem Satz...etwas lauter...schauen Sie den anderen an...lächeln sie...setzen Sie Körpersprache ein...so als ob Sie es wirklich meinen, etc. .“

Nochmals Rollenspiel: Pat. fragen, wo er im Kiesler Kreis stehen soll. Evtl. will es der Patient selber spielen. Danach: Patient fragen: „welches der Varianten würden sie wählen?“

- Handout 14 (Kommunikations-Fertigkeiten) austeilen

Achtsamkeitsübung (5-10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeuten
Body Scan, Atemraum

Handout 15 (Atemraum) austeilen

Hausaufgaben:

- Situationen beobachten und mit Kiesler Kreis in Verbindung bringen, habe ich mein DO erreicht?

Ende

Take Home Message notieren (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

Abschlussblitzlicht (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

„Was nehmen Sie heute mit/ was haben Sie heute gelernt?“

„Wie gehen Sie raus (Stimmung)?“

Sitzung 4

Benötigte Materialien

- Flipchart
- Filzstifte für Flipchart (ca. 4 verschiedene Farben)
- Kugelschreiber für jeden Patienten
- Handouts:
 - 14 (Kommunikations-Fertigkeiten)
 - 16 (Achtsamkeit in Beziehungen)

Beginn

Eingangsblicklicht (5-10 Min.)

Durchgeführt von Therapeut oder Ko-Therapeut.

„Wie sind Sie heute hier?/ Wie ist Ihre Stimmung?“

Aufgreifen der Hausaufgaben/ interaktiver Rückblick (5-10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Wer hat Fragen? Gab es Schwierigkeiten? Erfahrungen austauschen. Evtl. Situationen nachbesprechen.

Kommunikationsfertigkeiten zur Konfliktvorbeugung (15 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Handout 14 (Kommunikations-Fertigkeiten) vom letzten Mal hervorheben

Eine Situation suchen bzw. ein Thema wählen, z.B. Bitte äußern, die einzelnen Punkte der Mini Situationsanalyse durchgehen, dann ins Rollenspiel gehen.

Überleitung zu Achtsamkeit in Beziehungen als weitere Möglichkeit zur Konfliktvorbeugung.

Hauptteil

Achtsamkeit in Beziehungen, Mitgefühl, dem Anderen achtsam begegnen (30 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut (auf Flipchart wichtigste Schritte aufschreiben).

- Handout 16 (Achtsamkeit in Beziehungen) austeilen

Einstieg mit Zitat oben auf dem Handout 16 (Achtsamkeit in Beziehungen)/ Anekdote erfahrene vs. unerfahrene Piloten, die Hindernisse umfahren sollen. Konfliktvorbeugung durch Achtsamkeit in Beziehung.

Erster Teil des Handouts mit allen im Plenum durchgehen.

Unterschied *Re-agieren* (direkt), *Re-spondieren* (wirken lassen, weniger direkt). Auch Schweigen/ bezeugen kann eine Response sein

Übung:

Deep listening & non-judgement

2er Gruppen: Sprecher und Zuhörer, im Raum verteilen

Sprecher: 3-4 Min. über soziale Rollen sprechen

Zuhörer (Instruktion s. Handout 16): schweigend zuhören, achtsam sein für was man hört, was man zwischen den Zeilen sieht, *deep listening*, den anderen sich entfalten lassen, mit der Aufmerksamkeit beim anderen sein, Atmen, Halb bei sich, halb beim anderen sein. Was sagt der andere (Worte), Körpersprache, wie sagt er es (Mimik, Gestik)?

danach respondieren: Rückmeldung geben, was man rausgehört hat, evtl. eine Frage stellen dann Rollen wechseln.

Diskussion im Plenum: zuhören vs. Nicht-Zuhören, wie sieht das aus? Woran merke ich, dass der andere präsent ist? Wie klappte es mit offen, nicht-wertend, präsent, sich einlassen auf Gegenüber)

Nochmals ersten Teil des Handouts 16 (Achtsamkeit in Beziehungen) zusammen durch gehen. Patienten verstehen das Geschriebene in der Regel beim zweiten Mal besser.

Achtsamkeitsübung (15 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

Wenn möglich im Freien durchführen.

Hörmeditation (passt zum *deep listening*)

Danach interaktiv Erfahrungen austauschen.

Hausaufgaben:

- „Sechs Schritte bzw. Elemente des achtsamen Dialogs“ auf Handout 16 (Achtsamkeit in Beziehungen) durchlesen
- Achtsamer Dialog üben

Ende

Take Home Message notieren (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

Abschlussblitzlicht/ evtl. Patienten verabschieden (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

„ Was nehmen Sie heute mit/ was haben Sie heute gelernt?“

„ Wie gehen Sie raus (Stimmung)?“

Inhalte Block 3 (2 Sitzungen): Umgang mit Veränderungen und Verlusten

- Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung, Akzeptanz des Verlustes
- Hilfreiche Faktoren und Strategien auf dem Weg zu einer Veränderung
- Positive/ negative; verlorene/ gebliebene/ gewonnene Aspekte in Relation setzen
- Umgang mit Emotionen im Rahmen von Veränderungen und Verlusten

Sitzung 5

Benötigte Materialien

- Flipchart
- Filzstifte für Flipchart (ca. 4 verschiedene Farben)
- Kugelschreiber für jeden Patienten
- Handouts:
 - 7 (Gruppenregeln)
 - 17 (Akzeptanz)
 - 18 (Eigenes Beispiel Rollenwechsel)
 - 19 (Informationen zu Rollenwechseln)

Beginn

Eingangsblitzlicht (5-10 Min.)

Durchgeführt von Therapeut oder Ko-Therapeut.

„Wie sind Sie heute hier?/ Wie ist Ihre Stimmung?“

evtl. neue Patienten begrüßen, Handout 7 (Gruppenregeln) austeilen, erwähnen, dass Ergänzungen möglich sind.

Aufgreifen der Hausaufgaben/ interaktiver Rückblick (5-10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Wer hat Fragen? Gab es Schwierigkeiten? Erfahrungen austauschen.

Hauptteil

Einführung Thema Rollenwechsel (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Beispiele für Rollenwechsel sammeln und notieren auf Flipchart. Ziel: Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und der Entstehung einer Depression herstellen.

„Was haben alle gemeinsam?“ Immer verbunden mit Verlusten, es dreht sich immer darum, diesen zu bewältigen. Altes geht verloren/ endet, etwas Neues entsteht. Darauf muss man sich einstellen. Wenn man das nicht akzeptieren kann, nicht damit umgehen kann, sich nicht darauf einlassen kann, kann eine Depression entstehen.

Alle erleben in ihrem Leben Verluste/ Veränderungen. Viele Rollenwechsel gelingen uns gut. Verluste müssen betrauert werden, Gefühle nicht vermeiden, vgl. mit Nahrung, die verdaut werden muss

Gefühle zulassen, akzeptieren, sich Unterstützung holen. Altes loslassen und sich für Neues öffnen, hilft bei der Verarbeitung und schützt vor Depression.

Die Ereignisse sind umso gravierender, wenn unfreiwillig/ unvorhersehbar/ nicht rückgängig machbar. Bsp. Tod: wenn man sich darauf vorbereiten kann; Krankheit, Zeit zum Verabschieden, gemeinsam trauern, dann ist es für die Hinterbliebenen einfacher, als wenn es plötzlich geschieht.

Wir wollen uns das Thema auf drei Ebenen anschauen: Haltung, Emotionen & Strategien (auf Flipchart aufschreiben). Haltung: Akzeptanz vor Veränderung, mehr als nur positiv und negativ, Sichtweise erweitern. Gewinne zelebrieren, Verlorenes betrauern, Gebliebenes schätzen. Emotionen: Schmerz nicht ignorieren, entfliehen, ablenken, betäuben. Funktioniert langfristig nicht. Am Schluss Strategien erarbeiten.

Eigene Beispiele für Rollenwechsel sammeln (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

Jeder sucht ein eigenes Beispiel für einen Rollenwechsel, der zur Depression beiträgt. Im Kreis, jeder nennt etwas. Alte Rolle, neue Rolle.

Haltung: Einführung in Thema Akzeptanz (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

- Handout 17 (Akzeptanz) austeilen und durchgehen

Zuerst den Verlust akzeptieren, sich damit arrangieren, bevor man sich für Neues öffnen kann. Bei Depressionen geht es häufig um Verlustbewältigung.

Eigenes Beispiel Rollenwechsel, 3 Spalten Übung (15 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

- Handout 18 (eigenes Beispiel Rollenwechsel) austeilen und Übung erklären

Beispiel Umzug in neue Stadt: Verloren: Bäckerei, Freunde. Geblieben: Möbel, Katze, Arbeit, Telefonieren oder skypen mit Freunden. Gewonnen: Chance, Möglichkeit, Prioritäten neu zu setzen, neue Freunde.

In 2er Gruppen (*deep listening*-Modus vom letzten Mal). Sprecher und Zuhörer.

Sprecher: 5 Min. erzählen was verloren, geblieben, gewonnen. Kurzes Feedback vom Zuhörer, dann wechseln. Danach 5 Min. die wichtigsten Punkte notieren.

Erwähnen, dass Übung/Liste nicht vollständig sein muss. Thema kann in Einzeltherapie vertieft werden.

Emotionen bei Rollenwechsel (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

„Welche Gefühle kommen hoch in der verloren/geblieben/gewonnen Spalte?“ sammeln auf Flipchart.

Verloren: Bsp. Angst, Trauer, Scham, Schuld, Hilflosigkeit

Geblieben: Bsp. Sicherheit (es trägt uns immer etwas), Dankbarkeit

Gewonnen: Bsp. Freude, Neugier, Dankbarkeit, Demut

Viele und widersprüchliche Gefühle, können den Rollenwechsel schwierig machen, da sie auch gleichzeitig und vermischt da sein können. Wichtig: dabei nicht in den Konflikt gehen, sondern sich öffnen und validieren, dass alles da sein kann. Innerer Konflikt ist ein Kampf und ist erschöpfend. Gefühle zuerst erkennen und akzeptieren.

Achtsamkeitsübung (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

Auf Handout 17 (Akzeptanz): Achtsamkeit für Ihre Gefühle: Emotionales Leiden loslassen (Anleitung für eine Achtsamkeitsübung)

Interaktiv Rückmeldung/ Erfahrungen im Plenum austauschen.

Zusammenfassung (10 Min.)
Durchgeführt vom Therapeut.

- Handout 19 (Informationen zu Rollenwechsel) austeilen
- 1. *Akzeptanz* für das was ist und was man nicht ändern kann (z.B. älter werden), Akzeptanz kommt vor Veränderung. Emotionen als das akzeptieren, was sie sind, sie gehören dazu. *Defusing*: einen Schritt zurücktreten, Gefühle nur als Gefühle sehen, „*drop the storyline*“: Das Leiden drum herum loslassen und nur das Gefühl sehen als das, was es ist. Durch Achtsamkeit Dinge positiv erleben
- 2. *Prioritäten neu sortieren* (kann ein Gewinn sein, Kraft kann in der Krise stecken: was/wer ist mir wirklich wichtig? Auf wen/ was kann ich jetzt zählen?)
- 3. *Werte* (zu was will ich Ja/ evtl. Nein sagen?, erwähnen, dass wir uns das im nächsten Block noch genauer anschauen.
- 4. Selbstachtung/ Selbstfürsorge
- 5. Hoffnung finden

Hausaufgabe

- Handout 19 (Informationen zu Rollenwechsel) durchlesen

Ende

Take Home Message notieren (5 Min.)
Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

Abschlussblitzlicht (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.
„Was nehmen Sie heute mit/ was haben Sie heute gelernt?“
„Wie gehen Sie raus (Stimmung)?“

Sitzung 6

Benötigte Materialien

- Flipchart
- Filzstifte für Flipchart (ca. 4 verschiedene Farben)
- Kugelschreiber für jeden Patienten
- Handouts:
 - 20 (Strategien zur Krisenbewältigung)
 - 21 (Mein Dankbarkeitstagebuch)
 - 22 (Wichtige Faktoren bei Rollenwechsel, Lebensveränderung und persönlichen Verlusten)

Beginn

Eingangsblicklicht (5-10 Min.)
Durchgeführt von Therapeut oder Ko-Therapeut.
„Wie sind Sie heute hier?/ Wie ist Ihre Stimmung?“

Aufgreifen der Hausaufgaben/ interaktiver Rückblick (5 Min.)
Durchgeführt vom Therapeut.

Wer hat Fragen? Gab es Schwierigkeiten?

Kurzer Rückblick/ Wiederholung (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Achtsame Akzeptanz: anerkennen, was passiert, bedeutet nicht, es hinzunehmen oder es gut zu heissen. Wird oft missverstanden (dass es erliegen, aufgeben, resignieren, nachgeben, verlieren, schwach sein bedeutet).

Akzeptanz: auf etwas Neues einlassen, Verstand macht da nicht mit, steht dem im Weg

1. In seelischer Qual schwelgen, nichts tun = *passive Akzeptanz*

2. Kämpfen während wichtige Aspekte des Lebens weggleiten = *keine Akzeptanz*

Nr. 1. & 2. sind langfristig nicht hilfreich, man erschöpft daran

3. *Achtsame Akzeptanz*: aktive, bewusste weiche Haltung im Kopf und Körper dem Leben gegenüber. Bedeutet, dass Sie bemerken, was Sie denken und fühlen, aber bedeutet nicht, dass Sie das mögen oder gutheissen oder dem zustimmen. Anerkennen, erfahren, was geschehen ist in der Vergangenheit oder momentan geschieht, ohne es zu bewerten oder sich darin verstricken zu lassen. Hilft, die Realität zu sehen, wie sie ist und nicht wie Ihr Bewerten oder Ihr Verstand und die Vergangenheit Ihnen einreden, wie sie ist. Achtsame Akzeptanz schafft Raum für neue Lösungen, nicht Sklave des Geistes sein, sich von Geschichten im Kopf zu lösen und deren Ablauf nur beobachten. Hilft, notwendigen Raum zu finden

Hauptteil

Strategien zur Krisenbewältigung (15 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

- Handout 20 (Strategien zur Krisenbewältigung) austeilen und durchgehen

Jeder erarbeitet sich seine Strategien für eine Krise/ schwierige Momente (i.S. eines Notfallplans). In 2er Gruppen.

Unten notieren.

Achtsamkeitsübung (20 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Rückseite des Handouts 20 (Strategien zur Krisenbewältigung): „*Sich selbst mit Hilfe der fünf Sinne beruhigen*“. Durchgehen und eine oder zwei Übungen auswählen und durchführen.

Dankbarkeit (10 Min)

Durchgeführt vom Therapeut.

Dankbarkeits-Konzept einführen.

Perspektivenwechsel, hinschauen zu den Dingen, die wir haben, was funktioniert, wofür wir dankbar sein können.

Übung im Plenum: Jeder nennt spontan eine Sache wofür er in diesem Moment dankbar ist.

- Handout 21 (Mein Dankbarkeitstagebuch) austeilen

Zusammenfassung: Wichtige Faktoren bei Rollenwechsel und Verlusten (15 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Zusammenfassend nochmals wichtiges anschauen.

- Handout 22 (Wichtige Faktoren bei Rollenwechsel, Lebensveränderungen und persönlichen Verlusten) austeilen und durchgehen

Am Schluss soll jeder für sich sein Abschlussziel festhalten.

Hausaufgabe:

- Dankbarkeitstagebuch führen, jeden Tag mind. 2 Dinge notieren.

Ende

Take Home Message notieren (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

Abschlussblitzlicht/ evtl. Patienten verabschieden (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeuten oder Ko-Therapeuten

„Was nehmen Sie heute mit/ was haben Sie heute gelernt?“

„Wie gehen Sie raus (Stimmung)?“

Inhalte Block 4 (2 Sitzungen): Rollenwechsel und Konflikte in der Arbeitsrolle, Burnout

- Umgang mit arbeitsbezogenem Stress, Fördern arbeitsbezogener sozialer Kompetenzen, um Hilfe bitten oder Nein-Sagen mit mithilfe von Zukunfts-Situationsanalysen
- Strategien zur Bewältigung von Arbeitsstress, werte-orientiere Arbeitsrolle
- Strategien zur achtsamen Selbstfürsorge

Sitzung 7

Benötigte Materialien

- Flipchart
- Filzstifte für Flipchart (ca. 4 verschiedene Farben)
- Kugelschreiber für jeden Patienten
- Handouts:
 - 23 (Risikofaktoren für Burnout-Erleben)
 - 24 (Energiegeber / Energienehmer)

Beginn

Eingangsblicklicht (5-10 Min.)

Durchgeführt von Therapeut oder Ko-Therapeut

„Wie sind Sie heute hier?/ Wie ist Ihre Stimmung?“

evtl. neue Patienten begrüßen, Handout 7 (Gruppenregeln) austeilen, erwähnen, dass Ergänzungen möglich sind.

Aufgreifen der Hausaufgaben/ interaktiver Rückblick (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut

Wer hat Fragen? Gab es Schwierigkeiten? Erfahrungen austauschen.

Hauptteil

Einführung Burnout/ Arbeitsstress (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Burnout Erleben im Rahmen einer Depression heisst:

- sich primär ausgebrannt, erschöpft, müde, überfordert und lustlos fühlen &
- dieses Gefühl nach eigenem Erleben auf äussere Überlastungen zurückführen

Nach Maslach und Jackson (1981) resultiert Burnout aus chronischem interpersonellen Stress. Verknüpfung Thema Dankbarkeit, dankbar, für das, was funktioniert, das vergessen wir oft im Stress.

Bild, das uns durch dieses Thema begleiten soll: Waage, „Balance“ zwischen beispielsweise Dankbarkeit und Herausforderungen, Balance zwischen Arbeit, Anforderungen und anderen Bereichen im Leben (auf Flipchart eine Waage aufzeichnen). Schlagwort „*Work-Life-Balance*“.

Viele haben das nicht mehr, nur noch Fokus auf Arbeit, Multitasking und haben sich selbst und die eigenen Werte verloren, keine Balance, sich komplett aufgeopfert für die Arbeit. Auch hier wollen wir uns wieder mit der Achtsamkeit beschäftigen, um besser zu merken, was in dem Moment gerade mit uns abgeht, uns besser zu spüren, damit wir besser auf uns achten können, gelassener werden und auch wider den Weg zu uns finden, da wir oft den Dialog mit uns verloren haben und z.B. nicht mehr auf unserer Intuition trauen können. Begriff „Arbeit“ verstehen wir hier in einem weiteren Sinne (Arbeitsrolle). Jede Aufgabe, die man hat (Job, Anstellung, Kinder, Haushalt, Pflege, ehrenamtliches Engagement usw.)

Eigene Arbeitsrolle definieren und Risikofaktoren erkennen (15 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Sammeln in der Runde: „Was sehen Sie als Ihre Arbeit/ Ihren Arbeitsbereich/ Arbeitsrolle“?

- Handout 23 (Risikofaktoren für Burnout-Erleben) austeilen

Es gibt *äussere* und *innere* Risikofaktoren. Äussere: z.B. Stellenabbau, neuer Chef usw.

Innere: z.B. hohe Ansprüche an sich, Schwierigkeiten, Nein zu sagen, Abgrenzungsschwierigkeiten, Mühe zu delegieren, überhöhtes Verantwortungsgefühl, overcommitment, niedere Stresstoleranz/-akzeptanz, usw.

„Was bringen Sie mit, was Sie für Burnout anfällig macht?“ Unterer Teil des Handouts 23 (Risikofaktoren für Burnout-Erleben) durchgehen. Die Patienten sollen ihre Risikofaktoren ankreuzen. Risikofaktoren sammeln auf Flipchart festhalten.

Ziel: Bewusstmachung der inneren Risikofaktoren

Energiegeber und Energienehmer (20 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Energie ist begrenzt, auch hier oft Dysbalance zwischen dem, was uns Energie gibt und was uns Energie nimmt.

- Handout 24 (Energiegeber / Energienehmer) austeilen und in 2er Gruppen ausfüllen

Danach im Plenum Energiegeber und –nehmer sammeln und auf Flipchart notieren.

Selbstfürsorge (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Ähnlich wie Dankbarkeitsübung, Lupe bewusst auf Selbstfürsorge setzen, sich Erlaubnis geben für Selbstfürsorge

Hausaufgabe:

- sich für jeden Tag einen Energiegeber im Wochenplan einplanen und einsetzen.

Den Patienten Zeit lassen, sich bis zur nächsten Sitzung täglich einen Energiegeber einzuplanen.

Im Plenum nennen (erhöht Verbindlichkeit)

Achtsamkeitsübung (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Entweder Dankbarkeitsmediation („wofür sind Sie in Ihrem Leben momentan dankbar?“) oder vom Handout 20 (Strategien zur Krisenbewältigung) von letzter Sitzung „*Sich selbst mit Hilfe der fünf Sinne beruhigen*“ ein Übung wählen.

Danach Erfahrungen sammeln und austauschen im Plenum.

Ende

Take Home Message notieren (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

Abschlussblitzlicht (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

„Was nehmen Sie heute mit/ was haben Sie heute gelernt?“

„Wie gehen Sie raus (Stimmung)?“

Sitzung 8

Benötigte Materialien

- Flipchart
- Filzstifte für Flipchart (ca. 4 verschiedene Farben)
- Kugelschreiber für jeden Patienten
- Handouts:
 - 25 (Lebensrad)
 - 26 (Werte)
 - 27 (Bergmeditation)

Beginn

Eingangsblitzlicht (5-10 Min.)

Durchgeführt von Therapeut oder Ko-Therapeut.

„Wie sind Sie heute hier?/ Wie ist Ihre Stimmung?“

Aufgreifen der Hausaufgaben/ interaktiver Rückblick (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Wer hat Fragen? Gab es Schwierigkeiten?

Wer hat Energiegeber eingesetzt? Was hat sich dadurch verändert? Wie klappte es mit der Selbstfürsorge?

Selbstfürsorge als ein wichtiger Schutzfaktor gegen Depression.

Hauptteil

Lebensrad (20 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Wiederholung Konzept Work-Life-Balance. Verschiedene Lebensbereiche, wollen uns anschauen, welche Bereiche zufriedenstellend sind und evtl. als Ressource für schwächere Bereiche genutzt werden können.

- Handout 25 (Lebensrad) austeilen und ausfüllen lassen

Danach im Plenum stärkster und schwächster Bereich nennen. Ein Ziel formulieren, was man sich vornimmt, um den schwächsten Bereich zu stärken.

Werte (30Min.)

Durchgeführt vom Therapeut.

Schutz gegen Depression, wenn werteorientiertes Leben, interpersonelles Umfeld mit Leuten, die gleiche Werte haben ist stützend (was will ich pflegen?).

- Handout 26 (Werte) austeilen

ACHTUNG: häufig reicht die Zeit nicht, das ganze Handout 26 (Werte) während der Gruppe auszufüllen. Auf Einzeltherapie verweisen.

Beginnen bei „Fragen, um leitende Werte zu identifizieren“. Ein Beispiel im Plenum demonstrieren. Einem Patienten 3 Fragen stellen, danach aus den Antworten alle zusammen versuchen, rausgehörte Werte (auf Rückseite des Handouts 26) zu identifizieren.

Danach in 2er Gruppen. Einer stellt 3 Fragen, anderer beantwortet, danach gemeinsam überlegen, welche Werte rauskamen. Dann wechseln.

Wenn Zeit reicht: erste Seite des Handouts 26 (Werte) ausfüllen lassen.

Achtsamkeitsübung: Bergmediation (10 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

Text von Handout 27 (Bergmediation) vorlesen, danach austeilen.

Interaktiv Rückmeldungen austauschen

Ende

Take Home Message notieren (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

Abschlussblitzlicht/ evtl. Patienten verabschieden (5 Min.)

Durchgeführt vom Therapeut oder Ko-Therapeut.

„Was nehmen Sie heute mit/ was haben Sie heute gelernt?“

„Wie gehen Sie raus (Stimmung)?“

Handouts für die Therapiemappe

Handout 1

Patienteninformation

Liebe Patientin, lieber Patient

Wir freuen uns, Ihnen in unserer Abteilung ein modernes und wirksames Behandlungskonzept anbieten zu können. Diese Behandlung basiert auf einem **interpersonellen Modell**.

Das bedeutet, dass wir das Auftreten und Andauern psychischer Störungen im **Zusammenhang zwischenmenschlicher Beziehungen und Rollen** betrachten.

Unabhängig von den Ursachen depressiver Erkrankungen sind Ihre Beziehungen zu anderen Menschen und Ihre sozialen Rollen (z.B. als Arbeitnehmer, Mutter, Vater, Partner usw.) stets davon betroffen. Ereignisse, die Sie belasten (z.B. Todesfall, Trauma, Jobverlust, Krankheit, usw.) können zum Auftreten depressiver Symptome führen und umgekehrt kann die Depression zur Auslösung oder Verschlimmerung zwischenmenschlicher Probleme führen.

Diesem zwischenmenschlichen Kontext widmen wir uns im Rahmen unseres psychotherapeutischen Therapiekonzeptes. Dieses Konzept besteht aus verschiedenen Modulen, die sich speziell zur Behandlung von Depressionen bewährt haben. Das **modulare Vorgehen** ermöglicht es, die Therapie auf Ihre individuellen Bedürfnisse zuzuschneiden. Die Module sind eingebettet in eine Behandlung, die ärztlich-psychiatrische Diagnostik, Psychopharmakotherapie, fachpsychiatrische Krankenpflege, Ergo-, Bewegungs- und Musiktherapie sowie sozialdienstliche Unterstützung umfasst.

Im Folgenden erklären wir Ihnen die **Interpersonelle Modulgruppe (IPMG)**, zu der wir Sie herzlich einladen:

Welche Themen werden in der Gruppe behandelt?

Ableiten des persönlichen interpersonellen Zusammenhangs der Depression
Zwischenmenschliche Basisfertigkeiten, Achtsamkeit in Beziehungen
Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten
Umgang mit veränderten Lebenssituationen, Rollenwechseln und Verlusten
Umgang mit arbeitsbezogenem Stress

Wie sehen die Inhalte der einzelnen Sitzungen aus?

Block 1 (2 Sitzungen): Interpersonelle Basisfertigkeiten

Psychoedukation zum interpersonellen Ansatz, zur Beziehungsgestaltung und zum Zusammenhang mit Depressionen
Festlegen von interpersonellen Gruppenregeln (*designed alliance*)
Interpersonelle Basisfertigkeiten (Beziehungsaufnahme und –gestaltung unter Einsatz des Kiesler Kreis Modells)
Einführung (Beziehungs-) Achtsamkeit, Mitgefühl und Selbstfürsorge

Block 2 (2 Sitzungen): Zwischenmenschliche Konflikte

Umgang mit zwischenmenschlichen Situationen, um von anderen zu bekommen, was man sich wünscht (sog. Mini- Situationsanalysen inkl. Kiesler Kreis Training)
Umgang mit zwischenmenschlichen Konfliktsituationen, Konfliktstadien und –kerntemen erkennen und verstehen (Situations- und Kommunikationsanalysen)
Achtsamer Dialog/ achtsames Miteinander (*deep listening*)

Block 3 (2 Sitzungen): Umgang mit Veränderungen und Verlusten

Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung, Akzeptanz des Verlustes
Hilfreiche Faktoren und Strategien auf dem Weg zu einer Veränderung
Positive/ negative; verlorene/ gebliebene/ gewonnene Aspekte in Relation setzen
Umgang mit Emotionen im Rahmen von Veränderungen und Verlusten

Block 4 (2 Sitzungen): Rollenwechsel und Konflikte in der Arbeitsrolle, Burnout

Umgang mit arbeitsbezogenem Stress, Fördern arbeitsbezogener sozialer Kompetenzen, um Hilfe bitten oder Nein-Sagen mit mithilfe von Zukunfts-Situationsanalysen
Strategien zur Bewältigung von Arbeitsstress, werte-orientiere Arbeitsrolle
Strategien zur achtsamen Selbstfürsorge

Wie gestaltet sich der zeitliche Rahmen?

Die IPMG umfasst acht jeweils eineinhalbstündige Sitzungen und findet zwei Mal wöchentlich [WOCHENTAG] sowie [WOCHENTAG] um [UHRZEIT] unter Leitung von [NAME DES THERAPEUTEN] und einer Pflegeperson statt.

FALLS VORHANDEN: Zusätzlich werden die erlernten Inhalte von jedem Block [WOCHENTAG] um [UHRZEIT] in der IPMG-Ergotherapie kreativ und gestalterisch mit unterschiedlichen Mitteln und Methoden umgesetzt und vertieft.

Die Gruppe soll vier bis max. acht Patienten umfassen. Neue Patienten können jeweils zu Beginn eines Blocks, also jede Woche, neu einsteigen. Jeder Teilnehmer verpflichtet sich die Schweigepflicht zu allem Gesagtem in der Gruppe zu wahren.

Die IPMG beinhaltet schriftliche Materialien, praktische Übungen und „Hausaufgaben“. Ausserdem das Ausfüllen einiger Fragebögen zum Überprüfen des Behandlungserfolgs und Qualitätssicherung. Die Gruppentherapie wird von Einzeltherapiegesprächen sowie anderen Therapieangeboten begleitet.

Handout 2

Take Home Message

Meine Lernerfahrungen aus der interpersonellen Modulgruppe

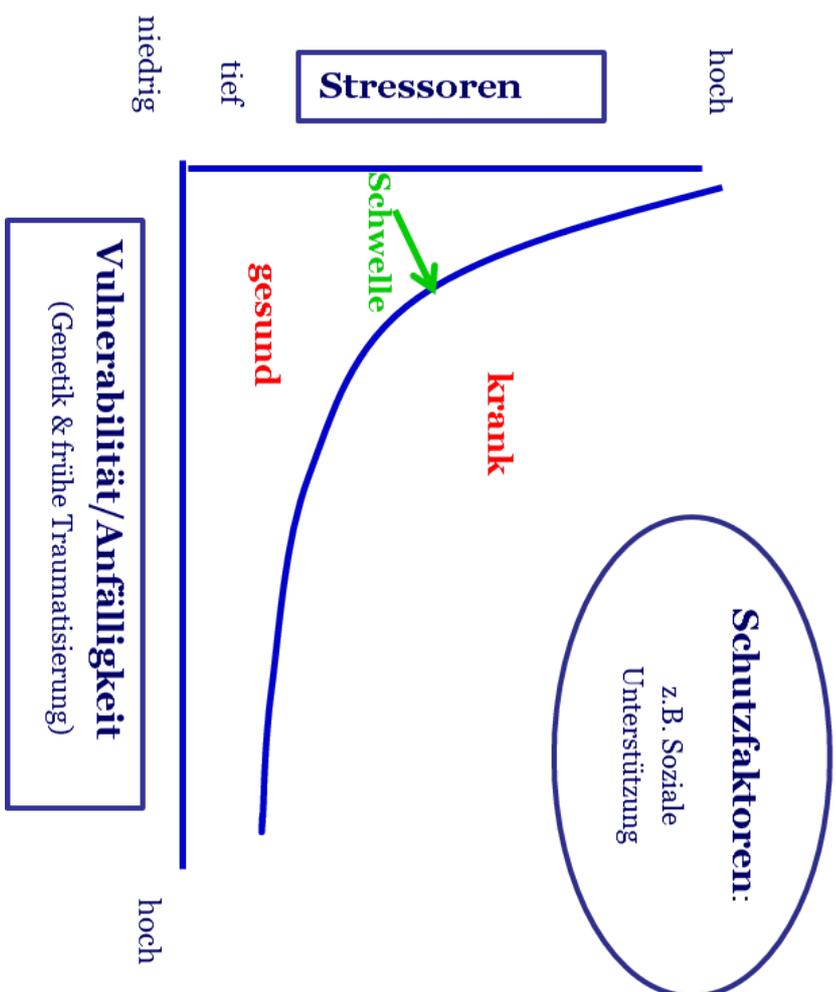
Block 1, Sitzung 1	
Interpersonelle Basisfertigkeiten	
Block 1, Sitzung 2	
Interpersonelle Basisfertigkeiten	
Block 2, Sitzung 1	
Zwischenmenschliche Konflikte	
Block 2, Sitzung 2	
Zwischenmenschliche Konflikte	
Block 3, Sitzung 1	
Umgang mit Veränderungen und Verlusten	
Block 3, Sitzung 2	
Umgang mit Veränderungen und Verlusten	
Block 4, Sitzung 1	
Rollenwechsel und Konflikte in der Arbeitsrolle, Burnout	
Block 4, Sitzung 2	
Rollenwechsel und Konflikte in der Arbeitsrolle, Burnout	

Stress-Vulnerabilitäts-Modell

Stressoren = belastende Lebensereignisse

z.B.:

- Tod von Angehörigen
- Umzug
- Trennung
- Krankheit
- Arbeitsplatzverlust
- Etc.



Handouts Sitzung 1

Handout 3

Vulnerabilitätsstressmodell

Handout 4

Depressionsedukation

Depressionen – verstehen, bewältigen und vorbeugen

Einleitung

Neueste Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 20 % der Bevölkerung, in erster Linie Frauen, irgendwann im Leben eine behandlungsbedürftige depressive Episode erleiden. Von depressiven Störungen sind das körperliche und psychische Wohlbefinden, die berufliche Leistungsfähigkeit, die familiäre Situation und das gesamte Lebensgefühl unmittelbar betroffen. Anhaltende Niedergeschlagenheit, Interesse- und Antriebslosigkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie Hoffnungslosigkeit quälen die Betroffenen manchmal so stark, dass sie sich nicht selten wünschen, „nicht mehr da zu sein“ und oder dem Leiden durch Selbstmord ein Ende zu setzen.

Depression ist eine Krankheit, die behandelbar ist. Dank intensiver wissenschaftlicher Arbeit in den letzten Jahren konnten erhebliche Fortschritte bzgl. Verständnis und Therapie der Depression gemacht werden. Bis zu 80% der Depressionen können mit angemessenen Massnahmen akut erfolgreich behandelt werden.

Je mehr Sie über Depression wissen, desto besser werden Sie auch mit Ihren Angehörigen darüber sprechen und damit umgehen können.

Woran erkennt man eine Depression?

Folgende Symptome sind typisch für Depressionen:

- anhaltende Niedergeschlagenheit, Traurigkeit oder ein „Gefühl der Gefühllosigkeit“
- Verlust von Interesse und Freude an Dingen, die früher Spass gemacht haben
- Appetit- oder Gewichtsveränderungen (Zu- oder Abnahme)
- Erschöpfung, Energieverlust oder verminderter Antrieb
- Schlafstörungen
- Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Pessimismus
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Unruhe oder Apathie
- körperliche Beschwerden (z. B. Schwindel, Kopfschmerzen, Klossgefühl im Hals)
- häufige Gedanken an den Tod oder Selbstmordpläne
- Ängste, Gereiztheit

Jede Depression unterscheidet sich individuell von der anderen und jeder depressiv erkrankte Mensch erlebt seine Depression persönlich anders als andere. Es gibt jedoch Hauptsymptome, die die Diagnose einer Depression ausmachen, da jeder Betroffene darunter leidet. Hierzu gehören beispielweise die depressive Stimmung, der Verlust von Freude und Interessen und die erhöhte Ermüdbarkeit. Auch Schlafstörungen, verminderte Selbstwertgefühle und Konzentrationsschwierigkeiten sind sehr häufig. Liegt eine bestimmte Anzahl der oben genannten Symptome über mindestens zwei Wochen vor, wird die Diagnose einer depressiven Episode gestellt. Für die Diagnose einer chronischen Depression müssen die Symptome seit mindestens zwei Jahren durchgehend vorliegen.

Wodurch wird eine Depression verursacht oder ausgelöst?

Der genaue Mechanismus der Verursachung einer Depression ist bisher noch nicht vollkommen geklärt. Die derzeit untersuchten ursächlichen Faktoren werden in genetische, biologische und psychosoziale unterteilt. Es besteht weitgehend Einigkeit darin, dass neben

einer gewissen Anfälligkeit für diese Krankheit Stressfaktoren eine wichtige Rolle spielen. Bei manchen Menschen scheint ein ganz bestimmter Auslöser für die Depression verantwortlich zu sein; andere wiederum werden ohne irgendeinen ersichtlichen äusseren Grund depressiv.

Genetische Faktoren (Erbfaktoren)

Wissenschaftliche Untersuchungen erbrachten, dass Depressionen gehäuft innerhalb einer Familie auftreten. Angehörige einer Familie mit depressiven Mitgliedern sind zwar anfälliger für die Erkrankung, dies heisst jedoch nicht, dass sie automatisch an einer Depression erkranken werden. Neuere Untersuchungen weisen darauf hin, dass eine Anfälligkeit für Depression über Erbanlagen weitergegeben werden kann, allerdings scheinen auch biographische und äussere Faktoren eine entscheidende Rolle bei der Entstehung depressiver Erkrankungen zu spielen.

Biochemische Faktoren

Vor etwa 40 Jahren beobachteten Wissenschaftler, dass bestimmte Medikamente bei Depressionen eine stark stimmungsverändernde Wirkung zeigten. Aus diesen Beobachtungen folgerten sie, dass Stimmungsstörungen die Folge eines biochemischen Ungleichgewichts seien und mit Medikamenten behandelt werden könnten. Wie antidepressive Medikamente wirken, wurde in den letzten Jahren intensiv untersucht.

Ein Ungleichgewicht des äusserst komplizierten Zusammenwirkens verschiedener Neurotransmitter (biochemische Überträgerstoffe, die am Ende der Nervenzellen gespeichert sind) scheint die Ursache zu sein. Es ist jedoch noch nicht geklärt, ob diese biochemischen Veränderungen spontan auftreten oder ob sie durch Stress, traumatische Erfahrungen, körperliche Erkrankungen oder andere Umweltbedingungen hervorgerufen werden. Möglicherweise können Stoffwechselveränderungen im Gehirn auch durch erbliche Einflüsse bedingt sein.

Interpersonelle (zwischenmenschliche) und soziale Faktoren

Häufige und lang anhaltende Auseinandersetzungen, persönliche Verluste oder Belastungen (z. B. Scheidung, Arbeitsplatzverlust oder Tod einer nahestehenden Person) können depressive Gefühle auslösen. In den meisten Fällen sind diese Gefühle vorübergehend, aber bei manchen Personen – die möglicherweise eine erhöhte Anfälligkeit für Depressionen haben – kann sich eine depressive Erkrankung entwickeln. Wissenschaftler haben herausgefunden, dass vor dem Auftreten einer depressiven Phase oftmals gehäuft belastende Ereignisse im Leben eines Betroffenen aufgetreten sind. Solche Belastungen begünstigen dann das Auftreten einer Depression, insbesondere wenn der Betroffene wenig Unterstützung durch andere erfährt. Psychosoziale, biologische, genetische und andere Ursachen depressiver Erkrankungen auseinander zu dividieren ist äusserst schwierig. Es bleibt festzuhalten, dass die Depression immer in einem psychosozialen Kontext auftritt. Belastende Ereignisse wie die oben genannten können zur Depression beitragen; umgekehrt kann aber auch die Depression einen bedeutenden Einfluss auf die psychosoziale Situation und die zwischenmenschlichen Beziehungen des Betroffenen haben.

Frühen zwischenmenschlichen Traumatisierungen wie z.B. emotionale Vernachlässigung, emotionaler oder auch sexueller Missbrauch, aber auch körperliche Misshandlungen oder Vernachlässigung wird heute eine grosse Bedeutung als Anfälligkeitsfaktoren für depressive Erkrankungen beigemessen.

Persönlichkeitsfaktoren und negativer Denkstil

Bestimmte stärker ausgeprägte Persönlichkeitszüge wie beispielsweise übergenaues, selbstunsicheres oder abhängiges Verhalten können einen Einfluss auf depressive Erkrankungen haben. Häufig kommt es zu tiefen Enttäuschungen und Niedergeschlagenheit, weil überhöhte Erwartungen an sich selbst und an andere eine Überforderung darstellen. Auch ein anhaltender, negativer Denk- und Bewertungsstil kann dazu führen, dass sich ein Mensch häufig niedergedrückt und deprimiert fühlt, ohne eigentlich einen Grund dafür zu finden. Welche der genannten Ursachen nun letztendlich für die Entwicklung der Depression entscheidend sind, kann bisher noch nicht eindeutig beantwortet werden. Höchstwahrscheinlich wirken mehrere Faktoren zusammen, und bei jeder einzelnen Person stehen unterschiedliche Faktoren im Vordergrund. Daher wird jede Behandlung auch leicht unterschiedlich sein. Wichtig ist, dass die medikamentöse Behandlung durch Gespräche oder eine Psychotherapie ergänzt wird, und umgekehrt kann es notwendig sein, dass eine Psychotherapie durch eine medikamentöse Behandlung ergänzt wird.

Das Anfälligkeits-Stress-Modell

Von den oben genannten Faktoren sind alle Menschen in ihrem Leben in einem gewissen Ausmass und einer bestimmten Häufigkeit betroffen. Warum entwickelt dann nicht jeder eine Depression? Man geht von einem multifaktoriellen Geschehen aus, das heisst mehrere Faktoren kommen zusammen, ehe eine Depression entsteht. Welche Faktoren dabei im Vordergrund stehen, ist individuell verschieden. Meist sind eine gewisse Veranlagung und bestimmte Persönlichkeitseigenschaften vorhanden, hinzu kommen Dauerbelastungen und ein punktuell Ereignis, das starken Stress verursacht. Zur Veranschaulichung des „Anfälligkeits-Stress-Modells“, wie eine solche Anhäufung von Faktoren zu einer Depression führen kann, dient das „Modell des Überlauf-Topfes“.

Welche Behandlungsformen stehen zur Verfügung?

Von allen psychischen Erkrankungen gehört die depressive Störung zu denjenigen, die am besten behandelt werden können. Es gibt verschiedene Formen der medikamentösen Therapie, der psychotherapeutischen Behandlung oder der Kombination dieser beiden Verfahren. Es stehen ausserdem noch seltener verwendete nichtmedikamentöse Methoden zur Verfügung wie z. B. Lichttherapie, Schlafentzug oder Elektrokrampftherapie, über die Sie Ihren Arzt oder Therapeuten befragen können. Die Wahl der Behandlungsform hängt unter anderem von der Art der Depression, der Schwere, den verschiedenen Symptomen und den Wünschen des Patienten ab.

Medikamentöse Behandlung

Es werden verschiedene Medikamente bei akuten Depressionen angewendet. Dabei spielt die Modulation der Botenstoffsysteme von Serotonin und Noradrenalin die wichtigste Rolle, im Wesentlichen wird die Wirkung dieser beiden Botenstoffe verstärkt.

Antidepressiva können u.a. in folgende Gruppen eingeteilt werden:

- selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
- Selektive Serotonin und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNaRI)
- trizyklische Antidepressiva (TZA)
- Monoaminoxidase-Hemmer (MAO)
- Atypische Antidepressiva (mit einem anderem Wirkprinzip wie Agomelatin)

Da jeder Mensch verschieden auf Medikamente anspricht, kann es nötig sein, mehrere Präparate nacheinander oder in Kombination anzuwenden. Lassen Sie sich also nicht entmutigen, wenn Sie nicht gleich auf den ersten Behandlungsversuch ansprechen!

Die Nebenwirkungen der Medikamente (z. B. Mundtrockenheit, Verstopfung, Müdigkeit) treten meist in der ersten Phase der Behandlung auf und lassen im weiteren Verlauf nach. Nach der Genesung sollte die regelmässige Einnahme der Medikamente in voller Dosis mindestens vier weitere Monate bis mehrere Jahre (zum wirksamen Schutz vor erneuten Phasen) beibehalten werden. Manchmal kann es auch zur Verstärkung der Antidepressiva-Wirkung notwendig sein, andere Medikamente hinzuzugeben, wie beispielsweise Lithium oder Quetiapin, welche auch zur Vorbeugung erneute Phasen eingesetzt werden können.. Insbesondere bei häufigerem Auftreten von depressiven Phasen sollte die Medikation konstant fortgesetzt werden. Auf keinen Fall sollten die Medikamente eigenmächtig abgesetzt oder die Dosis erhöht werden! Lassen Sie sich von Ihrem Arzt ausführlich über die Durchführung der medikamentösen Therapie und mögliche Nebenwirkungen informieren.

Psychotherapeutische Behandlung

Es gibt inzwischen eine Vielzahl an wirksamen psychotherapeutischen Behandlungsformen. Bei Depression haben sich insbesondere die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) und speziell bei chronischer Depression das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) bewährt. Zur Rückfallprophylaxe hat sich die Achtsamkeitsbasierte Therapie (MBCT) bewährt.

Die kognitive Verhaltenstherapie versucht, ungünstige und negative Denkstile und Einstellungen (z. B. „Ich schaffe das nicht“ oder „Jeder muss mich lieben“) oder ungünstige, depressionsfördernde Verhaltensweisen (z. B. Rückzug von Freunden, zu wenige angenehme Aktivitäten, zu wenig Zeit für Entspannung) zu verändern. Dem Patienten wird dabei geholfen, eine realistischere und günstigere Sichtweise von sich selbst, der Umwelt und der Zukunft zu gewinnen. Ausserdem sollen antidepressive Verhaltensweisen aufgebaut werden. Die Interpersonelle Psychotherapie wurde speziell zur Behandlung der Depression entwickelt und geht davon aus, dass eine Depression immer auch in einem zwischenmenschlichen und psychosozialen Kontext erklärbar ist. Interpersonelle Schwierigkeiten (z. B. gestörte Beziehungen, persönliche Verluste, Einsamkeit, Veränderung in der sozialen Rolle) können zur Entwicklung einer depressiven Phase beitragen, und umgekehrt kann die Depression Probleme in diesen Bereichen verursachen. Bei dieser Therapieform wird versucht, Strategien für das Bewältigen der derzeitigen zwischenmenschlichen Probleme zu entwickeln.

CBASP ist ein Behandlungskonzept, das speziell für die Behandlung von chronisch depressiven Patienten entwickelt wurde. Die Grundidee dieser Therapieform besteht darin, dass die depressiv Erkrankten in ihrem bisherigen Leben vorrangig negative Beziehungserfahrungen mit anderen Menschen machen mussten und von diesen Personen negativ geprägt wurden, was zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der chronischen Depression beiträgt. Durch das Erleben neuer positiver Beziehungserfahrungen ist ein Entkommen aus der Depression möglich. In der Therapie soll den depressiv Erkrankten ermöglicht werden, die Konsequenzen ihres eigenen Handelns, ihre Wirkung auf Mitmenschen und die Wirkung derer auf sich, sowie soziale Problemlösefertigkeiten zu erfahren und zu erlernen und positive Beziehungserfahrungen zu machen, wodurch ein hilfreicherer Umgang mit sich, den eigenen Vorstellungen und Prägungen und dadurch ihrem Leben stattfinden kann.

Die Achtsamkeit kommt aus der fernöstlichen Tradition des Buddhismus. Die Übernahme des Achtsamkeitskonzepts in den Gesundheitsbereich westlicher Länder richtet sich auf das unvoreingenommene Wahrnehmen des Augenblicks. Achtsamkeit bedeutet ganz in der Gegenwart, im jetzigen Moment und mit seinen momentanen Gefühlen, Gedanken und

Handlungen im Einklang zu sein. Achtsamkeit kann man aber auch als Haltung begreifen, die neben der Präsenz auch Offenheit, Akzeptanz, Freundlichkeit und Mitgefühl beinhaltet. Mittlerweile gibt es eine ganze Anzahl von Studien, die die Wirksamkeit von Achtsamkeit als Hilfe gegen Grübeln, Depressivität und gegen Stress im Alltag bestätigen. Achtsamkeit kann man sich jedoch nicht theoretisch aneignen, sondern man erfährt sie, indem man sie gezielt erlebt und übt.

Multimodale Behandlung der Depression:

Neben der Psychotherapie und Psychopharmakologie werden auch andere Methoden und Verfahren zur Depressionsbehandlung eingesetzt. Dabei kommt Sport und Bewegung eine besondere Rolle zu, was in den letzten Jahren wissenschaftlich belegt werden konnte. Vor allem ausdauernde Bewegung (Radfahren, Joggen, Nordic-Walking, Schwimmen) helfen, depressive Symptome zu lindern und Rückfällen vorzubeugen. Patienten empfinden die Eigenaktivität und Selbstwirksamkeit als hilfreich und wohltuend.

Weitere wichtige begleitende Therapieangebote sind Ergotherapie, Musiktherapie, Aromatherapie und andere (siehe auch Stationsflyer).

Sowohl bei der psychotherapeutischen als auch bei der medikamentösen Behandlung ist zu beachten, dass die Genesung von der Depression in der Regel nicht sofort, sondern meist erst nach einigen Wochen eintritt. In der Phase des Abklingens einer depressiven Episode treten mitunter Schwankungen auf, d.h. nach einer Besserung kann kurzfristig auch wieder vorübergehend eine Verschlechterung eintreten. Daher sind Zeit und Geduld von allen Beteiligten wichtige Voraussetzungen für den Behandlungserfolg.

Handout 5

Individuelle Problembereiche und Stimuluscharakter

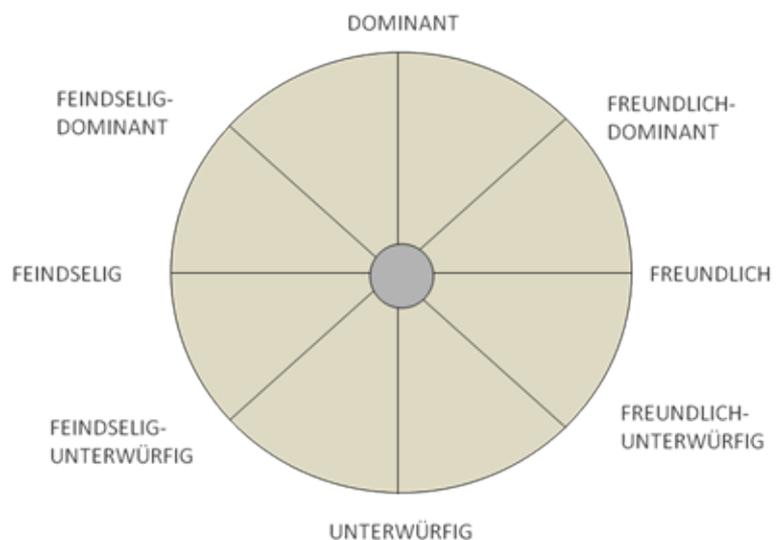
Name: _____

Datum: _____

Welche Themen treffen für Sie im Zusammenhang zu Ihrer Depression zu?
(bitte ankreuzen, ggf. mehrfach)

- Akuter Beziehungsstress
- Belastende Lebensveränderungen
- Unfreiwilliger Rollenwechsel
- Rollenüberforderung
- Bevorstehender Rollenwechsel
- Arbeitsstress
- Burnout-Erleben
- Verlusterfahrung
- Zwischenmenschliche Konflikte
- Einsamkeit / innere Isolation
- Tod einer Bezugsperson
- Emotionale Überforderung

Kreismodell nach Kiesler (1983)



Handout 6

Achtsamkeit & Schritte Mini-Meditation

Achtsamkeit bedeutet **im jeweiligen Moment aufmerksam und präsent zu sein ohne etwas bewerten oder verändern** zu wollen.

Wenn wir atmen, dann heisst das, wir sind am Leben!

Unser Atem ist ein sehr gutes Hilfsmittel, um in die Gegenwart zurückzukehren. Stets ist er da, vom Moment unseres ersten Schreies an bis zu unserem letzten Atemzug. Er variiert mit unserer Stimmung: tiefer oder eher stossweise und abgehackt, langsamer oder schneller – je nachdem, wie entspannt oder gestresst wir gerade sind. Sich auf den eigenen Atem konzentrieren bedeutet, ins Hier und Jetzt einzutauchen.

Achtsamkeitspraxis

Die Achtsamkeitspraxis ermöglicht es, den jeweiligen Augenblick bewertungsfrei wahrzunehmen, **einen Schritt von den üblichen Reaktionsautomatismen zurückzutreten** und Abstand zu nehmen. Anstatt reflexartig zu re-agieren, wird es damit möglich auf bewusste und reflektierte Weise zu re-spondieren. Wir üben also, uns bewusst zu werden, wo unsere Aufmerksamkeit gerade ist und den Aufmerksamkeitsfokus immer wieder auf den eigentlichen Moment zurückzubringen anstatt über Vergangenes zu grübeln oder Zukünftiges besorgt zu planen (im Hier und Jetzt sein anstatt „im Kopf“).

Als Übungsfeld eignet sich die **Natur** dazu am besten, da wir hier in Kontakt mit *dem* Element kommen, mit dem wir unmittelbar und auf natürliche Weise (körper)verbunden sind, das eine eigene Weisheit beinhaltet, uns trägt und nährt (Übung 3). Es gibt weitere Gründe, die dafür sprechen, die Natur als Übungsfeld zu nutzen: Die Biophilie-Theorie von Edward O. Wilson besagt, dass der Mensch eine angeborene Verbundenheit gegenüber allem Lebendigen besitzt und das Naturerleben braucht, um gesund zu bleiben und sich zu regenerieren. Der positive Einfluss der Natur auf die psychische Gesundheit ist in einer wachsenden Zahl von Untersuchungen nachgewiesen.

Achtsamkeit bedeutet im jeweiligen Moment aufmerksam und präsent zu sein ohne etwas bewerten oder verändern zu wollen. Bei der Praxis der naturgestützten Achtsamkeit richten wir unsere Aufmerksamkeit mit allen Sinnesqualitäten auf die Natur, das Tier oder auf handwerkliche Erfahrungen mit Naturmaterial.

Was uns meist davon abhält, im jeweiligen Moment präsent zu sein, ist die Angewohnheit, das, was wir erleben in irgendeiner Art **zu bewerten, regulieren, verurteilen oder verändern** zu wollen. Wir empfinden das was gerade passiert, als zu viel oder zu wenig, als nicht genug oder nicht das, was wir gerade wollen oder erwartet haben. Von dieser Angewohnheit kann man sich befreien.

Schritte bei der Mini-Meditation:

- Bequeme Sitzposition, aufrecht, aber nicht steif (open front, strong back), Hände locker aufgelegt
- Augen offen oder halboffen, sanfter Blick ca. 45 Grad nach unten
- Normal atmen und den Atem beobachten, wie er von selbst seinen eigenen Rhythmus findet, Fokus auf Ausatmen
- Gedanken und Gefühle entsprechend als solche "etikettieren"
- Alles annehmen, was auftaucht
- Die Aufmerksamkeit immer wieder geduldig zum Atem zurückbringen, Gedanken können sich mit dem Ausatmen auflösen.
- Wenn die Gedanken wiederkehren, ohne Bewertung davon loslassen und wieder von vorne beginnen
- Wenn kurze Momente des Friedens, der Ruhe, Leere etc. eintreten, einfach nur zulassen

Effekte von Mini-Meditation:

- Mit dem jeweiligen Augenblick, sich selbst und der Umgebung verbunden sein
- In Frieden mit den Dingen sein können wie sie sind
- Neugierig anstatt bewertend werden
- Momente des Friedens finden
- Entschleunigen
- Stress abbauen
- Lebendig werden
- Kontrolle über unerwünschte Gewohnheiten erreichen
- Besserer Schlaf
- Mit Anderen geduldiger und empathischer werden
- Aus dem "Funktionsmodus" hinaus treten und die Regie für sein Leben übernehmen

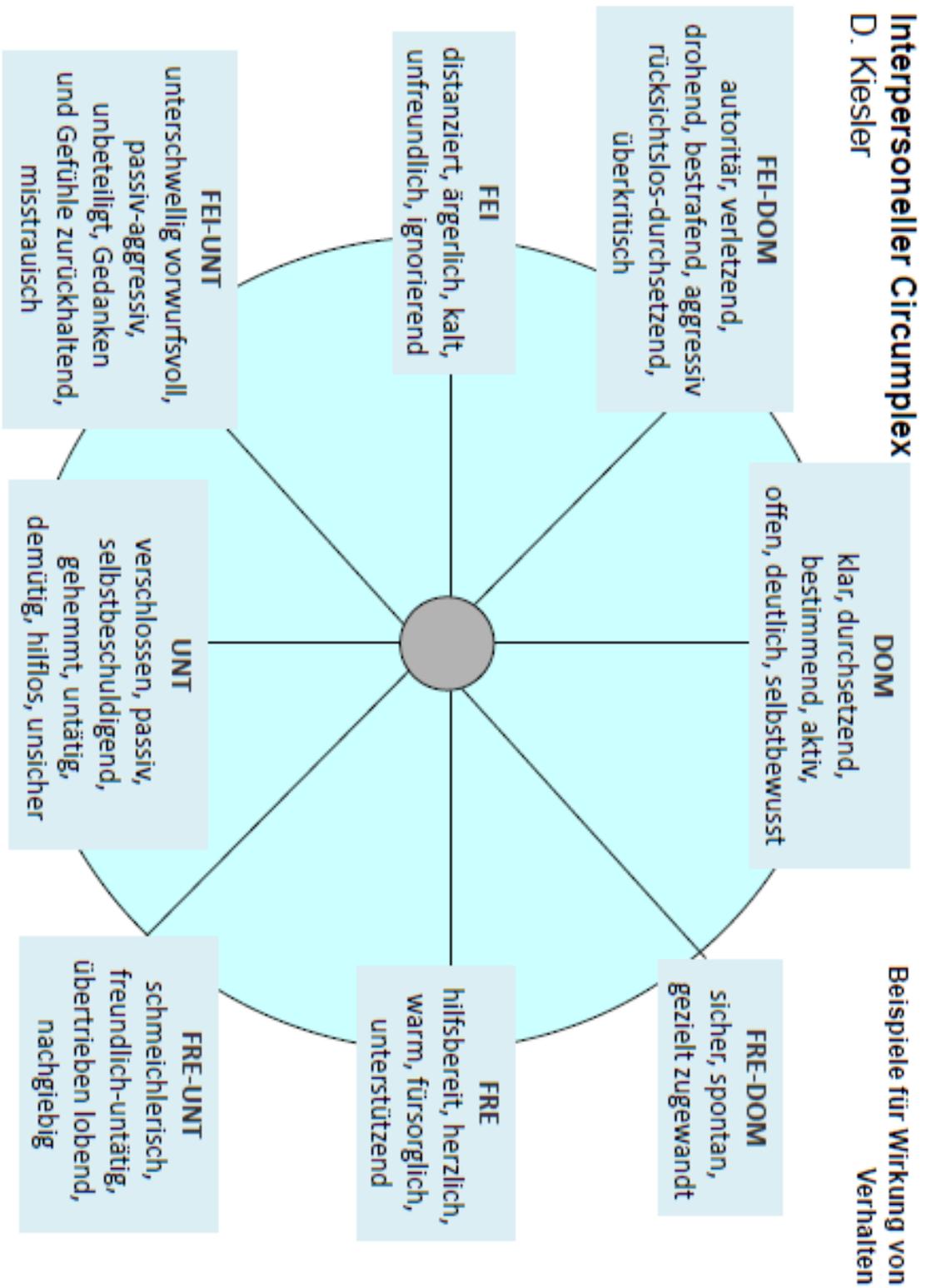
Handouts Sitzung 2

Handout 7

Gruppenregeln

Handout 8

Kiesler Kreis Beispiele Verhaltensweisen



Handout 9

Erklärung Kiesler Kreis

Der amerikanische Psychologieprofessor Donald Kiesler (1983) wollte die verschiedenen Wirkungen, die wir Menschen mit unserem Verhalten auf andere haben (er nannte das den *Stimuluscharakter*) beschreiben und miteinander in Beziehung setzen. Dabei waren ihm zwei

Fragen wichtig:

- 1) Was löse ich bei anderen durch mein Verhalten aus?
- 2) Was lösen andere durch ihr Verhalten bei mir aus?

Kiesler ging davon aus, dass sich zwischenmenschliche Verhaltensweisen bzw. die Interaktionsmuster von einzelnen Personen permanent gegenseitig bedingen. Auf einem interpersonellen Kreis, dem sogenannten Circumplex beschreibt er die beiden unabhängigen Dimensionen „Kontrolle“ sowie „Zugehörigkeit“.

Bei der Dimension Kontrolle haben wir zwei Pole, einmal *Dominanz* (im Kreis oben) und *Submissivität / Folgeverhalten* (im Kreis unten).

Mit Dominanz ist Verhalten gemeint was aktiv-durchsetzend ist, weder im positiven noch im negativen Sinn.

Im Gegensatz dazu haben wir hier unten den Pol Submissivität oder Unterwürfigkeit. Damit ist Verhalten gemeint, das eher passiv, nachfolgend, zustimmend oder sich anpassend ist. Auch hier wirkt die Übersetzung des amerikanischen *submissive* zu *unterwürfig* erst einmal negativ, ist aber ebenfalls eher neutral zu verstehen. Die Wahrscheinlichkeit ist sehr hoch, dass die Auswirkung von dominantem Verhalten folgende ist: die andere Person reagiert eher zustimmend und nachfolgend, verhält sich eher passiver. Umgekehrt ist es genauso. Wenn einem ein Mensch begegnet, der nicht weiss, was er will, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass das Gegenüber aktiv wird und vielleicht versucht etwas vorzugeben, also dominant erscheint. Sicher fallen Ihnen jetzt auch eigene Situationen ein, bei denen diese Muster deutlich werden.

Die andere Achse bewegt sich zwischen den Polen Feindseligkeit/Distanz und Freundlichkeit. Mit Feindseligkeit ist Verhalten gemeint, dass anderen Distanz signalisiert. Das kann unfreundliches Verhalten sein, dem anderen zeigen, dass man ihn nicht nah haben möchte, keinen Kontakt will.

Freundlichkeit hingegen meint Verhalten das nächesuchend, unterstützend und entgegenkommend, zur Nähe einladend wirkt. Hier ist es so, dass die Wahrscheinlichkeit, mit freundlichem Verhalten auch eine freundliche Reaktion zu bekommen sehr hoch ist. Was distanzierendes oder feindseliges Verhalten angeht verhält es sich ebenso. Hier können wir an das Sprichwort denken „Wie es in den Wald hineinschallt...“

Bei den diagonalen Achsen haben wir dann ähnliche Auswirkungen wie bei der Achse Dominanz-Unterwürfigkeit.

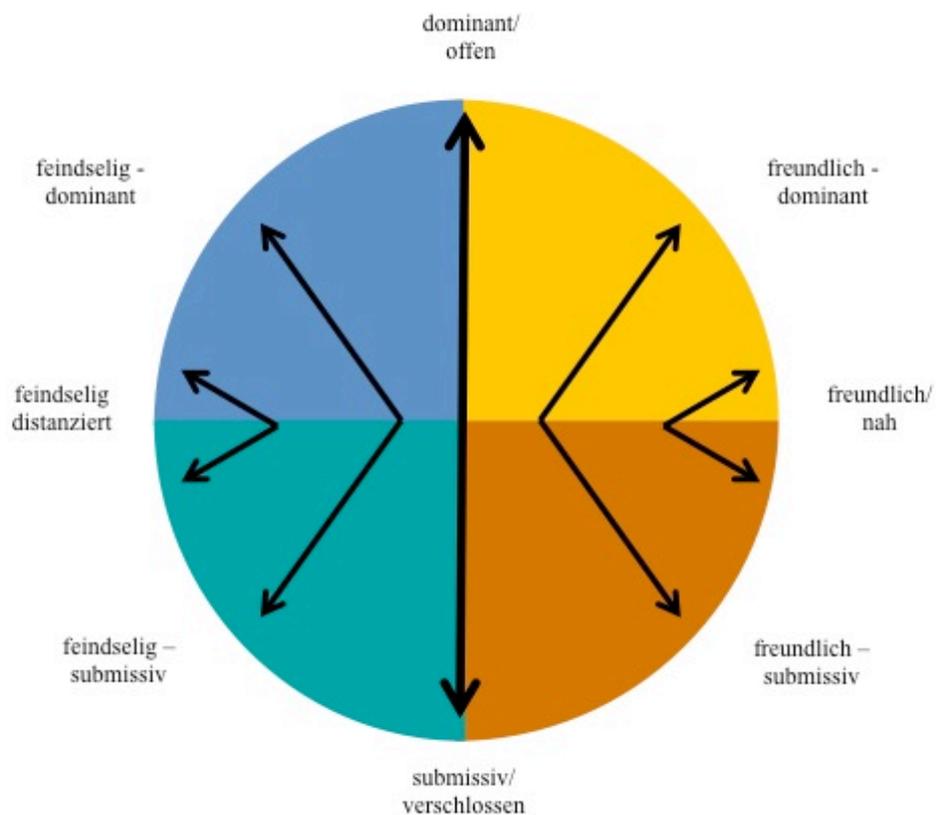
Auf der linken Seite des Kreises geht es bei „FEI-DOM“ um Verhalten, das zum Beispiel aktiv angreifend, verletzend oder beschuldigend sein kann.

Hier unten bei „FEI-SUB“ finden wir Verhaltensweisen, die eher passiv-aggressiv wirken. Zum Beispiel, wenn man bei einem Streit wortlos rausgeht und die Türe zuknallt.

Auf der anderen Seite, bei „FRE-DOM“ finden wir Verhaltensweisen, die aktiv unterstützend sind, so nach dem Motto „Komm, ich zeig Dir wie es geht“. Dieses Verhalten signalisiert

dem andern eher etwas wie „Du bist so toll, ich mache das, was Du sagst“ oder „ich weiss nicht genau wie es geht, ich brauche Hilfe“.

Kiesler beschrieb interpersonelle Probleme als Ergebnis von ungünstigen Interaktionsmustern. Diese können zu Beziehungsmustern führen, die sich selbst aufrechterhalten. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass depressive Menschen häufig unbeabsichtigt unterwürfige und passiv-aggressive Verhaltensweisen zeigen, was beispielsweise verhindern kann, dass sie von anderen Menschen Unterstützung erhalten.



Handout 10

Achtsam essen

Wann haben Sie das letzte Mal wirklich geschmeckt, was Sie essen? Könnten Sie nach einem guten Abendessen einschätzen, was genau Sie gegessen haben, ob Sie sich nachgenommen haben und falls ja, wie oft?

Häufig schlingen wir das, was wir essen, einfach hinunter. Stress, die allgemein vorherrschende Hektik und die Anzahl der noch zu erledigenden Aufgaben bringen uns dazu, gleichzeitig andere Dinge zu tun: E-Mails lesen, eine Besprechung abhalten, fernsehen, gehen... Aber gewinnen wir dadurch wirklich Zeit?

Es kommt auch vor, dass wir Nahrung als automatische Antwort auf emotionelles Unbehagen einsetzen. In einer Angst- oder Stresssituation ein Glas zu trinken (oder mehrere), exzessiv zu essen – all diese Verhaltensweisen haben mittel- und langfristige Rückwirkungen auf unser Wohlbefinden.

Eine der ersten Übungen des Achtsamkeitstraining (und eine der bekanntesten) ist die Rosinen-Übung. Sie besteht darin, sich viel Zeit zu lassen, um eine Rosine zu schmecken, indem man sie aufmerksam betrachtet, ihren Duft einatmet, ihre Beschaffenheit spürt... Für die meisten Teilnehmer ist es eine Entdeckung, dass so eine kleine Rosine eine solch intensive Erfahrung hervorrufen kann.

Wenn Sie essen, essen Sie!

Achtsam essen heisst, in Kontakt sein mit dem, was wir essen, ohne dass wir uns ablenken lassen – und vor allem, ohne etwas anderes gleichzeitig zu tun. Dadurch können wir das, was wir essen, besser geniessen, aber auch Botschaften unseres Körpers aufmerksamer wahrnehmen. Auf diese Weise lässt sich zum Beispiel vermeiden, zwanghaft oder zu viel zu essen.

Übung:

Versuchen Sie, Ihre Speisen bewusst zu essen, indem Sie sie ganz langsam geniessen und schmecken.

- Halten Sie vor dem Essen eine Minute inne und atmen Sie
- Betrachten Sie aufmerksam die Speisen auf Ihrem Teller
- Atmen Sie den Duft ein, bevor Sie das Essen zum Mund führen
- Achten Sie auf all Ihre Empfindungen in diesem Augenblick

Handout 11

Crazy Monkey

Der „Crazy Monkey“: Wie ein Affe, der sich von Ast zu Ast schwingt:

Unser Geist neigt dazu, dauernd abzuschweifen und von einem Gedanken zum nächsten zu springen. Häufig folgen wir ihm. Wie ein Affe, der hin und her schaukelt und sich von einem Ast zum nächsten schwingt, ist unsere „Denkmaschine“ unersättlich und stets bereit, sich an jeden Reiz zu klammern. Wenn man seinen Geist nicht zur Ruhe bringt, ist es jedoch nahezu unmöglich, sich zu konzentrieren.

Mit Hilfe des Achtsamkeitstrainings können wir die Denkmaschine in den Griff bekommen und unsere Fähigkeit, aufmerksam zu sein, verstärken. Warum ist das wichtig?

Ein Beispiel: Sie lesen gerade ein Buch. Vielleicht sitzen Sie in einem Bus, liegen im Garten, sind mit anderen zusammen oder auch alleine, in einer ruhigen oder hektischen Umgebung. Wie oft unterbrechen Sie Ihre Lektüre? Wie oft lesen Sie dasselbe Wort oder denselben Satz immer wieder?

Unsere Gedanken lassen uns unweigerlich abschweifen: hin zu (glücklichen oder unglücklichen) Erinnerungen, zu Träumereien, Dingen, die „erledigt werden müssen“... und das umso mehr, wenn wir versuchen, uns zu konzentrieren. Das ist normal, so funktioniert unser Geist nun einmal. Haben Sie daher keine Hemmungen, mit Ihren Gedanken „abzudriften“ und vor allem: Versuchen Sie nicht, sie anzuhalten oder unterdrücken!

Die ganze Kunst der Achtsamkeit besteht im bewussten Wahrnehmen dessen, dass wir „abgedriftet“ sind, von unseren Gedanken mitgerissen wurden und dann immer wieder „zurückzukommen“, indem wir uns mithilfe unserer Sinne immer wieder mit einem Objekt der Aufmerksamkeit (z.B. unserem Atem) verbinden.

“ Das Denken lebt in einem Teufelskreis.

Es schafft sich selbst Probleme und
versucht anschliessend, sie zu lösen “

Swami Srajanpad

Bewerten oder beobachten?

Achtsamkeit fordert uns auf, einfach zu beobachten, ohne das, was geschieht, zu bewerten. Ein solches sogenanntes „nicht urteilendes Gewahrsein“ aufrechterhalten heisst, sich in einen Wissenschaftler hineinzusetzen. Es heisst, neugierig und ohne Erwartungshaltung zu beobachten.

(Nahezu) automatisch analysieren wir Situationen, Erfahrungen und Personen, mit denen wir konfrontiert werden. Wir ordnen sie Kategorien zu, vergleichen und bewerten sie. Sehr oft beginnt unser Gehirn nicht nur *eine* Analyse, sondern *zehn* gleichzeitig. Das verbraucht nicht nur Energie, sondern mindert auch unsere Fähigkeit, wirklich gegenwärtig und achtsam zu sein. Infolgedessen engt es auch unsere Möglichkeiten ein, angemessen auf eine Situation zu reagieren.

Eine Situation zu beobachten, so, wie sie ist, ohne sie zu beurteilen, das schafft neuen Freiraum. Diese Freiheit ist ein sehr gutes Hilfsmittel, um zum Beispiel zu entscheiden, ob eine Handlung oder ein Verhalten angemessen ist.

Übung: Unsere Neigung, zu urteilen, wahrnehmen.

Stellen Sie sich vor einen Spiegel und betrachten Sie Ihr Gesicht. Beschreiben Sie es so sachlich und unvoreingenommen wie möglich. Das ist nicht leicht. Wir sind so daran gewöhnt, zu bewerten – anfangen bei uns selbst!

Registrieren Sie jede Bewertung, die Sie bemerkt haben und kehren Sie zu Beschreibung, zur Beobachtung zurück.

“ Nimm die Welt wirklich wahr, bevor Du
versuchst, Dir eine Vorstellung von ihr zu
machen“

Handouts Sitzung 3

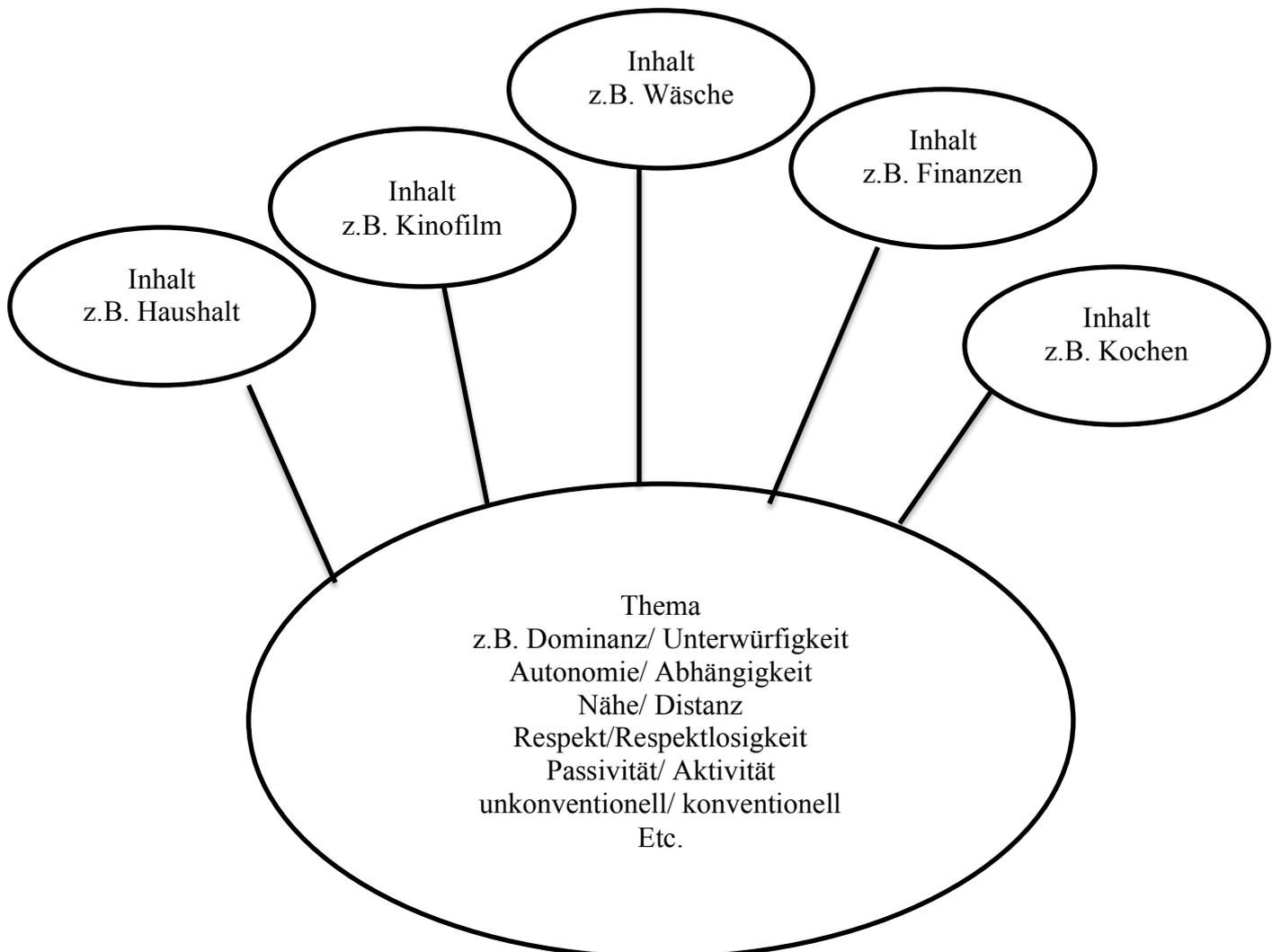
Handout 12

Konfliktstadien & -themen

1) Konfliktstadien

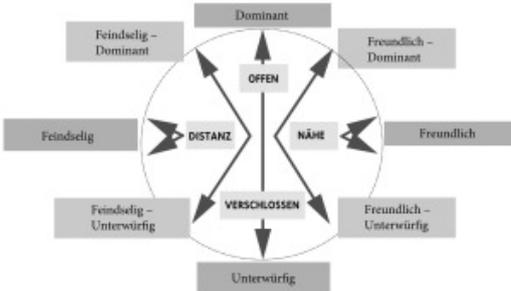
- Verhandlung
- Sackgasse
- Auflösung

2) Unterscheidung zwischen Inhalt & Thema



Handout 13

Mini Situationsanalyse

1. Beschreibung der Situation Was ist in dieser Situation passiert?	Kriterien/Kommentare
	<ul style="list-style-type: none"> - Anfangspunkt, Endpunkt und Geschichte dazwischen - Rein beschreibend; - äusserer Prozess, den ein Aussenstehender beobachten kann - Wie die Regieanweisungen einer kurzen Filmszene
2. Erwünschtes Ergebnis Welchen Ausgang hätten Sie sich gewünscht? (bzw. wie hätten Sie sich gerne verhalten)? Englisch: DO = <i>Desired Outcome</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - DO ist durch Sie realistisch erreichbar und in Ihnen selbst verankert - Möglichst nur 1 Satz
3. Veränderung des Verhaltens	
Wie hätten Sie sich verhalten, um das zu bekommen, was Sie wollten? 	<ul style="list-style-type: none"> - Zielführendes Verhalten formulieren, - Ggf. im Kiesler Kreis einordnen - Rollenspiele: mind. 2-5-mal neue Situation durchspielen, um Sicherheit und Selbstvertrauen zu bekommen

Handout 14

Kommunikations-Fertigkeiten

Bitte äussern

- Wer soll etwas tun?
- Was soll derjenige tun?
- Wann soll das derjenige tun?
- Welches Ergebnis soll erzielt werden?

Reaktionsmöglichkeiten auf eine Bitte:

- Ja
- Nein
- Jetzt nicht, aber dann und dann
- Gegenangebot oder verhandeln
- Klären

Übung: Bitte äussern – Bitte ablehnen (dabei atmen!)

Sich abgrenzen, sich wehren

- "Das passt jetzt gerade nicht"
- "So geht das nicht!"
- "Das bringt jetzt nichts mehr"
- "Jetzt reicht's!"
- "Das stimmt so nicht"

Tips:

- Möglichst kurze, standardisierte Sätze
- Muss nicht begründet oder „persönlich“ (kein Verwenden von „Ich-Aussagen“) werden
- Nicht in einen Kampf einsteigen
- Sondern: Wiederholen, wiederholen, wiederholen!!!!
- Ggf. diplomatischere Varianten bei Vorgesetzten, Autoritätspersonen, etc.
- Üben
- Atmen nicht vergessen!

Nachfragen

- Die Meinung des Anderen anerkennen
- Nach Fakten, Beispielen und Normen fragen
- Nach Empfehlungen fragen
- Fragen: "Was führt Sie zu dieser Sichtweise?"
- Fragen: "Was würden Sie vorschlagen?"

Meinung äussern

- "Ich"-Aussagen verwenden
- Begründen Sie Ihre Ansichten mit Fakten
- Schildern Sie Ihre Reaktion
- Mögliche Aktionen diskutieren
- Zu Gegenargumenten einladen

Handout 15

Atemraum

Diese grundlegende Achtsamkeitsübung stammt aus der Bewusstseinsstradition des Buddhismus. Sie entwickelt die Konzentration und benutzt den Atem, um Sie zu lehren, wie Sie von Moment zu Moment gegenwärtig bleiben können, egal wo Sie sind oder was Sie möglicherweise tun.

1. Suchen Sie sich eine bequeme Sitzhaltung, die Sie für 10 oder 15 Minuten beibehalten können.

Atmen Sie dann einige Male tief durch, und atmen Sie langsam aus. Ohne zu versuchen, Ihren Atem in irgendeiner Weise zu kontrollieren, lassen Sie es zu, dass er seine eigene natürliche Tiefe und seinen Rhythmus findet. Atmen Sie immer durch Ihre Nase, ausser Sie können dies aus irgendeinem Grund nicht.

2. Beobachten Sie Ihren Atem, und fokussieren Sie Ihre Aufmerksamkeit entweder auf die Empfindungen in Ihren Nasenlöchern, die mit dem Kommen und Gehen Ihres Atems verbunden sind, oder auf das Heben und Senken Ihres Bauches.

Obwohl Sie Ihren Fokus von einer Sitzung zur nächsten wechseln können, sollten Sie im Laufe einer Sitzung bei einem einzigen Fokus bleiben - und langfristig ist es auch besser, wenn Sie bei jeder Achtsamkeitsübung denselben Fokus verwenden.

3. Richten Sie Ihre volle Aufmerksamkeit auf das Kommen und Gehen Ihres Atems.

Tun Sie es wie eine Mutter, die die Bewegungen ihres kleinen Kindes beobachtet - liebevoll, doch beharrlich, weich, doch genau, mit einem entspannten, doch fokussierten Bewusstsein.

4. Wenn Sie erkennen, dass Ihr Geist abgeschweift ist und Sie gedanklich in Ihre Pläne, Ideen oder Tagträume verwickelt sind, bringen Sie Ihren Geist sanft, aber fest zu Ihrem Atem zurück.

Sie müssen damit rechnen, dass fast mit Sicherheit immer wieder Gedanken und Bilder auftauchen und durch Ihren Geist wirbeln werden, wenn Sie meditieren, aber machen Sie sich keine Sorgen. Kehren Sie einfach geduldig und beharrlich zu Ihrem Atem zurück. Falls Sie es praktisch unmöglich finden, Ihren Atem zu beobachten, sollten Sie versuchen, Ihre Atemzüge zu zählen. Wenn Sie wiederholt üben, werden Sie feststellen, dass sich Ihr Geist schneller beruhigt -und dass Sie auch in anderen Bereichen Ihres Lebens gegenwärtiger und konzentrierter sind.

Handouts Sitzung 4

Handout 16

Kramer, 2009

Achtsamkeit in Beziehungen – achtsam dem anderen begegnen

„Der einzige Mensch, der sich vernünftig benimmt, ist mein Schneider. Er nimmt jedes Mal neu Mass, wenn er mich trifft, während alle anderen immer die alten Massstäbe anlegen in der Meinung, sie passen auch heute noch. (George Bernard Shaw)“

Menschen sind soziale Wesen. Wichtig für eine gute Beziehung ist der **achtsame Umgang** miteinander. Jeder Mensch will gesehen werden und wünscht sich, dass auf die eigene Befindlichkeit Rücksicht genommen wird. Dies vermögen wir nur, wenn wir **aufmerksam zuhören und** den anderen zu Wort kommen lassen mit **dem Wunsch, den anderen wirklich zu verstehen**. Nicht schon die **Gegenargumente** im Geiste zurechtlegen, sondern **zuhören und nachfragen**. Achtsamkeit wird vom Gegenüber als wohltuend empfunden. Allerdings: Achtsamkeit ohne ständiges Abschweifen der Gedanken, Urteilen oder inneren Widerspruch geschieht nicht von selbst, sondern ist das Ergebnis von **bewusster Entscheidung und Übung**. Die **volle Präsenz** in einem Gespräch erhöht die Qualität der Begegnung und das Mitgefühl. Damit lassen Sie weniger Raum für Ärger, Angst und Unverständnis.

Sechs Schritte bzw. Elemente des „achtsamen Dialogs“

1. **Innehalten, still werden, achtsam sein (Pause):** Innehalten, Pause machen bevor wir sprechen. „Was passiert gerade in diesem Moment?“
2. **Entspannen:** Stille führt in die Achtsamkeit. Wenn wir Spannungen im Körper wahrnehmen, sollten wir Körper und Geist erlauben zu entspannen, d.h., sich nicht anzustrengen, etwas zu verändern, Widerstände loslassen, die Dinge so akzeptieren wie sie sind. Anspannungen in Beziehungen wirken sich trennend aus, während Entspannung öffnet, präsent und verfügbar macht.
3. **Sich öffnen:** Wir steigen aus automatischen Gewohnheiten aus und begegnen allem mit freundlicher Neugierde. Der jetzige Beziehungsmoment wird zum Gegenstand der Betrachtung. Wir können mit bewussten Hören beginnen und uns dann der visuellen Eindrücke gewahr werden.
4. **Vertrauen in die Entwicklung:** Vertrauen hilft, die Unsicherheit und Vieldeutigkeit der ständigen Veränderung zu bewältigen. Zu vertrauen bedeutet, sich von Zielen zu verabschieden, von Plänen, to-do-Listen und Tagesordnungen. Es geht darum anzuerkennen, dass wir nicht wissen, was sich in der nächsten Sekunde, Stunde, usw. entwickeln, was passieren wird. Üben kann man dieses Vertrauen, indem man der Neugier Raum gibt: „Was geschieht jetzt?“
5. **Zuhören:** „Aufmerksames Zuhören/*deep listening*“ öffnet die Sinne, das Herz und den Geist. Achtsames Zuhören bedeutet zu einem „aufnehmenden Feld“ zu werden, das von den Worten, Gefühlen und der Energie des Anderen berührt wird. Es gibt verschiedene Schichten, denen ich mich öffnen kann: Ich kann dem Inhalt, dem Sinn, der Bedeutung lauschen, den Worten und Sätzen, den Gefühlen, der Reaktion meines eigenen Körpers, der Körpersprache, der Präsenz des Anderen, aber auch den Pausen zwischen den Worten.
6. **Das Wahre aussprechen:** Das Wahre meint die subjektive Wahrheit, das Ausdrücken dessen, was wir im Augenblick wahrnehmen. Es gibt keinen Druck, etwas zu sagen, wir sagen nichts, was nicht nützlich oder angemessen ist. Dazu müssen wir nach innen hören, in Kontakt sein mit uns selbst.

Handouts Sitzung 5

Handout 17

Akzeptanz

Akzeptieren heisst:

- Ich erkenne die Situation als gegeben an. Das heisst nicht, sie gutzuheissen.
- Ich vergegenwärtige mir die Einschränkungen, die durch den Verlust entstanden sind und schaue dann auf die Möglichkeiten, die in der neuen Situation liegen oder entwickelt werden können.
- Ich erlaube mir die Gefühle zuzulassen, die ich bei der Wahrnehmung des Verlustes erlebe (z.B. Trauer, Wut, Verzweiflung, Schmerz).
- Den Augenblick, so wie er ist, bewusst, mit relativer Gelassenheit und Selbst-Mitgefühl zu erleben.
- Ich lasse ab vom Kampf mit der Realität. Ich kann die eingetretene Situation nicht dadurch verändern, dass ich sie verleugne, davonlaufe oder daran haften bleibe.
- (Radikales) Akzeptieren schafft Raum für neue Handlungsmöglichkeiten. Es ist der erste Schritt auf dem Weg, die eigene Realität konstruktiv zu gestalten.
- Akzeptieren heisst auch, hinzunehmen, dass die Welt nicht gerecht ist und dass ich keinen Anspruch darauf habe, dass die Welt immer so funktioniert, wie ich es mir wünsche.
- Ich kann die Regie übernehmen, wie ich mit meinen Gefühlen umgehe, wie ich mein Leben weiter gestalte und welche Gedanken und Verhaltensweisen mir dabei helfen.

Achtsamkeit für Ihre Gefühle: Emotionales Leiden loslassen (Anleitung für eine Achtsamkeitsübung)

Beobachten Sie Ihr Gefühl und nehmen Sie es wahr. Wie eine Welle, die kommt und wieder geht.

Treten Sie jetzt einen Schritt zurück und lösen Sie sich von dem Gefühl. Versuchen Sie nicht, das Gefühl zu unterdrücken. Versuchen Sie nicht, das Gefühl loszuwerden oder es zur Seite zu schieben. Versuchen Sie nicht, das Gefühl fest zu halten oder zu verstärken.

Vielleicht merken Sie, dass Ihnen immer wieder eine Geschichte in den Kopf kommt, wenn Sie sich auf das Gefühl einlassen. Schauen Sie sich diese Geschichte an... und lassen Sie sie jetzt los, lösen Sie sich von der Geschichte und bleiben Sie nur beim Gefühl. Das können Sie immer wieder tun, wenn die Geschichte wieder auftaucht.

Üben Sie, Ihre Gefühle anzunehmen. Lernen Sie, offen für Ihre Gefühle zu sein.

Akzeptieren Sie Ihre Gefühle vollständig.

Handout 18

Eigenes Beispiel Rollenwechsel

Rollenwechsel / Lebensveränderungen

Alte Rolle: _____

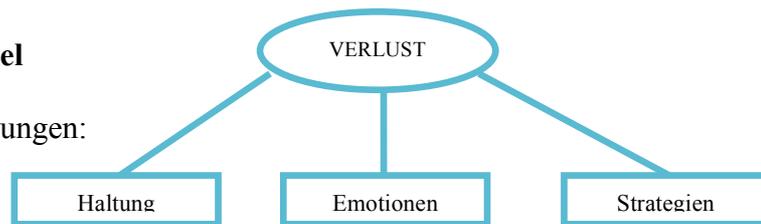
Neue Rolle: _____

verloren	geblieben	gewonnen

Handout 19

Informationen zu Rollenwechsel

Rollenwechsel / Lebensveränderungen:



Fast jeder Mensch hat mehrere Rollen im sozialen System inne (z.B. als Kind, Elternteil, Freund, Nachbar, Vereinsmitglied, Arbeitskollege, Vorgesetzter, Arbeitnehmer, etc.). Die soziale Rolle und der damit verbundene Status beeinflussen das soziale Verhalten und die zwischenmenschlichen Beziehungsmuster. Im Laufe des Lebens kommt es naturgemäss (z.B. über den Alterungsprozess) immer wieder zu Veränderungen des sozialen Netzes, in das ein Mensch eingebunden ist.

Veränderungen durch Übertritte in andere Stadien des Lebenszyklus (z.B. Eintritt ins Berufsleben, Eingehen von Partnerschaft bzw. Ehe, Elternschaft, Berentung, Wechsel in ein Altersheim, etc.) sind meist deutlich im Lebenslauf betont. Andere Rollenwechsel und Lebensveränderungen können unauffälliger sein. Ob sie als Verlust, Gewinn oder Herausforderung empfunden werden, steht in der Regel in Zusammenhang mit den Annahmen, die man über die neue Rolle hat (z.B. Umzug, Veränderungen innerhalb der beruflichen Rolle).

Treten Veränderungen ein, kann die soziale Leistungsfähigkeit beeinträchtigt werden, v.a. wenn die Veränderung als deutlicher Verlust empfunden wird oder mit Verlusten einhergeht (und ganz besonders bei Personen, die zu Depression neigen). Manche Lebensveränderungen können so belastend sein, dass sie zur Entstehung von Depressionen beitragen. Subjektiv erscheint einem dann die neue Lebenssituation unverhältnismässig schwierig oder gar unlösbar und als schwerer Verlust. Lebensveränderungen können auch zu Depressionen beitragen, wenn die Notwendigkeit eines Rollenwechsels zwar erkannt wird, aber Schwierigkeiten bestehen, die erforderliche Veränderung auch zu vollziehen bzw. wenn die Fertigkeiten fehlen, die eine neue Rolle erfordert. Der Übergang kann dann als Bedrohung des Identitäts- und Selbstwertgefühls, aber auch als nicht zu bewältigende Herausforderung erlebt werden.

In der Regel treten folgende Herausforderungen/Schwierigkeiten bei Rollenwechseln auf:

- Die familiären Unterstützungen und/oder andere Bindungen gehen verloren.
- Begleitende Emotionen wie Angst oder Ärger müssen bewältigt werden.
- Neue soziale Fertigkeiten werden plötzlich benötigt.
- Das Selbstwertgefühl ist herabgesetzt.

„unbalancierte“ Annahmen über die alte und neue Rolle:

Oft sieht man in einer depressiven Phase nur die negativen Seiten einer neuen Lebenssituation und lässt ihre positiven Seiten ganz ausser Acht. Sie fallen gar nicht ins Gewicht. Die Vergangenheit hingegen erscheint oft in einem verklärten Licht, obwohl bei näherem Hinsehen gar nicht „alles Gold“ war und durchaus Erinnerungen an Unzufriedenheit und Klagen in der alten Lebenssituation vorhanden sind. Auch dass der Wechsel häufig von einem selbst (mit)betrieben wurde, vergisst man manchmal.

Es hilft, diese einseitige Perspektive zu verändern, indem die Aufmerksamkeit auch auf nützliche, gebliebene oder positive Aspekte und Möglichkeiten innerhalb der neuen Rolle gelenkt wird. So kann man eine realistischere Sicht der Dinge gewinnen, die es ermöglicht, die neue Situation besser zu meistern. Dazu sollte man sich zunächst klar machen, dass jede Lebenssituation verlorene, gebliebene und gewonnene Aspekte hat. Man sollte sich sowohl die verlorenen als auch die gebliebenen und neu dazu gewonnene Seiten der alten und der neuen Rolle vor Augen führen und die negativen und positiven Aspekte der vergangenen und der neuen Rolle zueinander in Beziehung setzen. Daraus soll sich eine erweiterte Sichtweise und ausgewogenere Balance der verschiedenen Aspekte ergeben.

Anhand einer solchen Tabelle lassen sich verlorene, gebliebene und gewonnene Aspekte der alten und neuen Rolle festhalten.

	neue Rolle
verloren	
geblieben	
gewonnen	

Handouts Sitzung 6

Handout 20

Strategien zur Krisenbewältigung

Sich ablenken

Aktivitäten

Beschäftigen Sie sich möglichst gezielt und konzentriert mit etwas: z.B. Hobbys, zu Veranstaltungen gehen, Freunde anrufen oder besuchen, spazieren gehen, Sport treiben, essen gehen, einen Kaffee oder Tee trinken, im Garten arbeiten, aufräumen, fern sehen, lesen.

Unterstützen / helfen

Unterstützen Sie andere; bieten Sie Ihre Hilfe an; geben Sie jemandem etwas; tun Sie etwas Gutes für eine andere Person; verwöhnen Sie jemanden; bereiten Sie jemandem eine Überraschung.

Gedankliche Auszeit / Beiseite schieben

Schieben Sie die Situation bewusst für eine bestimmte Zeit beiseite, indem Sie sie innerlich verlassen. Gehen Sie aus der Situation raus. Bauen Sie in der Vorstellung zwischen sich und der Situation eine Mauer. Oder stellen Sie sich einen sicheren Raum in Ihnen vor, schauen Sie genau wie er aussieht und begeben Sie sich innerlich dorthin.

Kurzurlaub

Gönnen Sie sich einen Kurzurlaub. Oder legen Sie sich ins Bett und kuscheln sie sich unter die Decke. Kaufen Sie sich eine Zeitung, lesen Sie sie und essen Schokolade dabei. Machen Sie sich z.B. einen Pudding, setzen Sie sich gemütlich in einen Sessel und essen Sie ihn langsam. Verbringen Sie einen Nachmittag auf einer Decke liegend im Park. Ruhen Sie sich nach einer anstrengenden Arbeit eine Stunde lang aus. Nehmen Sie für ein oder zwei Tage ein Zimmer an einem Platz mit viel Natur.

Durch gezielte Gedanken ablenken

Zählen Sie bis 10; zählen Sie die Farben in einem Gemälde, in einem Baum, in Fenstern oder sonst irgendwo; arbeiten Sie an einem Puzzle; beschreiben Sie ein Bild oder einen Gegenstand.

Entspannung

Üben Sie Muskelentspannung, z.B. indem Sie jede Muskelgruppe anspannen und wieder entspannen. Hören Sie sich eine Entspannungskassette an; machen Sie Yoga; nehmen Sie ein heisses Bad; trinken Sie heiße Milch; massieren Sie Ihren Kopf und Nacken, die Waden und die Füße. Nehmen Sie ein warmes Vollbad. Atmen Sie tief durch, entspannen Sie Ihr Gesicht und lächeln Sie ein wenig.

Meine Strategie:

Sich selbst mit Hilfe der fünf Sinne beruhigen

Sehen

Kaufen Sie eine Blume; gestalten Sie eine schöne Ecke in einem Raum; zünden Sie sich eine Kerze an und betrachten Sie die Flamme. Nehmen Sie Ihr schönstes Geschirr und decken Sie den Tisch für eine Mahlzeit. Gehen Sie in ein Museum. Setzen Sie sich in die Eingangshalle eines schönen, alten Hotels. Betrachten Sie die Natur um sich. Gehen Sie mitten in der Nacht nach draussen und betrachten Sie die Sterne. Gehen Sie in einem schönen Teil der Stadt spazieren. Schauen Sie sich schöne Abbildungen in einem Buch an. Gehen Sie in ein Ballett oder eine andere Tanzvorführung oder schauen Sie sich eine im Fernsehen an. Seien Sie achtsam für alles, was Sie um sich herum sehen.

Hören

Hören Sie schöne oder beruhigende, aufmunternde oder anregende Musik. Achten Sie auf Laute in der Natur (Vogelgezwitscher, Regenschauer, das Rascheln von Blättern, das Rauschen von Wellen). Singen Sie Ihr Lieblingslied. Summen Sie eine beruhigende Melodie. Lernen Sie ein Musikinstrument. Seien Sie achtsam für alle Töne um sich herum.

Riechen

Benutzen Sie Ihr Lieblingsparfüm oder Ihre Lieblingscreme. Schaffen Sie einen Wohlgeruch im Raum mit ätherischen Ölen; zünden Sie eine Duftkerze an. Stellen Sie ein Duftpotpourri in den Raum. Kochen Sie mit einer Zimtstange, backen Sie Kekse, Kuchen oder Brot. Riechen Sie an Rosen. Gehen Sie im Wald oder Park spazieren und atmen Sie bewusst die Düfte der Natur.

Schmecken

Essen Sie etwas Leckeres; trinken Sie etwas Beruhigendes wie Kräutertee oder heiße Schokolade; gönnen Sie sich ein Dessert. Trinken Sie Ihren Kaffee mit Schlagsahne. Probieren Sie verschiedene Eissorten in einer Eisdiele. Lutschen Sie ein Pfefferminzbonbon. Kaufen oder bestellen Sie etwas, was Sie sich normalerweise nicht leisten, z.B. frisch gepressten Orangensaft. Wenn Sie essen, dann achten Sie bewusst auf den Geschmack und konzentrieren Sie sich nur darauf.

Fühlen

Nehmen Sie ein Schaumbad; beziehen Sie Ihr Bett neu. Streicheln Sie einen Hund oder eine Katze oder ein anderes Tier. Lassen Sie sich massieren; nehmen Sie ein Fussbad. Cremem Sie sich am ganzen Körper ein. Legen Sie sich eine kalte Kompresse auf die Stirn. Spüren Sie bewusst den frischen Wind auf Ihrer Haut. Lassen Sie sich zu Hause in einen ganz bequemen Sessel sinken. Tragen Sie eine Bluse, ein Kleid oder ein Tuch aus Seide. Bürsten Sie ausgiebig Ihr Haar. Umarmen Sie jemanden. Seien Sie achtsam für alles, was Sie gerade berühren; nehmen Sie wahr, dass Berührungen beruhigend sind.

Handout 21

Mein Dankbarkeitstagebuch

<hr/> <hr/>	MO
<hr/> <hr/>	DI
<hr/> <hr/>	MI
<hr/> <hr/>	DO
<hr/> <hr/>	FR
<hr/> <hr/>	SA
<hr/> <hr/>	SO
<hr/> <hr/>	

Handout 22

Wichtige Faktoren bei Rollenwechsel, Lebensveränderungen und persönlichen Verlusten

Ein Ziel bei der Bewältigung von Rollenwechseln und Lebenskrisen ist es, wieder eine sinnhafte, erfüllte und selbst bestimmte Lebensführung zu erreichen. Ausgangspunkt ist dabei oftmals ein Zustand, der durch Verwirrung, Verleugnung, Hoffnungslosigkeit, Identitäts- und Selbstachtungs-verlust und Rückzug geprägt ist. Zur besseren Anpassung an die veränderte Lebenssituation gehört z.B. die Situation erst einmal so wahrzunehmen wie sie ist, sich Ziele setzen und sie verfolgen, Bewältigungsstrategien entwickeln, zwischenmenschliche Kontakte knüpfen und pflegen, den eigenen Wert und individuelle Stärken und Schwächen erkennen und in erster Linie wieder Hoffnung zu schöpfen, dass Veränderung und eine Besserung des Zustandes möglich ist. Im Folgenden werden wichtige Faktoren auf dem Weg zu einer Veränderung beschrieben:

Auf dem Weg zur Veränderung

Hoffnung

Hoffnung kann definiert werden als der persönliche Glaube daran, dass Genesung - oder schlicht Veränderung - möglich ist, oder als die Entschlossenheit, gesund zu werden bzw. aus einer Krise wieder raus zu kommen und sich den Herausforderungen zu stellen. Hoffnung leitet den Veränderungs-Prozess ein und sie erhält ihn.

Hoffnung finden und erhalten bedeutet unter anderem:

- Erkennen und akzeptieren, dass ein Problem besteht
- Prioritäten neu ordnen
- Sich um Veränderung bemühen
- Sich auf die eigenen Stärken konzentrieren statt auf Schwächen
- Nach vorne blicken und Optimismus üben (Freudetagebuch, Dankbarkeitstagebuch)
- Kleine Schritte feiern
- An sich selbst glauben

Soziale Verbindungen aufnehmen

Dieses Element unterstreicht den starken sozialen Aspekt von Lebenskrisen und -veränderungen, den notwendigen Weg vom Zustand der Isolation in der Erkrankung hin zu einem Wiederaufnehmen sozialer Verbindungen und Unterstützung. Es beinhaltet den Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen und Freundschaften sowie das Übernehmen und Pflegen sozialer Rollen.

Identität und Selbstwertgefühl

Ein weiteres wichtiges Element ist die Re-Konzeptualisierung des Selbst im Angesicht der oft überwältigenden Erfahrung eines schweren persönlichen Verlustes.

Zugehörige Aufgaben umfassen z.B.:

- Die Erfahrung des Verlustes akzeptieren
- Betrauern was man verloren hat und verarbeiten was passiert ist
- Wieder ein Gefühl der Identität und Selbstachtung etablieren
- Selbstmitgefühl, Selbstvertrauen und Selbstrespekt entwickeln

Lebenssinn und persönlicher Wert

Für jeden Menschen ist es wichtig, einen Sinn und einen Zweck im eigenen Leben zu sehen. Durch die Erfahrung einer gravierenden Lebensveränderung oder eines persönlichen Verlustes sind oft frühere Lebensziele nicht mehr erreichbar. Die Person steht vor der Aufgabe, frühere Werte und Ziele neu zu überdenken und Alternativen zu finden. Damit verbundene Aufgaben beinhalten das Wiederfinden des eigenen Wertes, das Finden und Übernehmen sinnhafter Rollen, arbeiten sowie das Genießen von Freizeitaktivitäten.

Empowerment

Empowerment kann betrachtet werden als ein Korrektiv für den Mangel an Kontrolle und das Gefühl der Hilflosigkeit und Abhängigkeit, das man im Rahmen einer gravierenden Lebensveränderung entwickeln kann.

Zu Empowerment gehört z.B.:

- Selbständigkeit, die wiederum abhängt von Wissen, Selbstbewusstsein und von der Verfügbarkeit sinnvoller Möglichkeiten zur Lebensgestaltung
- Mut und die Bereitschaft, die Sicherheit von Routine und Abhängigkeit zu verlassen und Risiken einzugehen
- Kontrolle übernehmen und Selbstverantwortung tragen
- Dieselben Rechte fordern und dieselben Pflichten übernehmen wie andere

Verantwortung & Kontrolle

Das Wieder-Annehmen von Verantwortung und Kontrolle über das eigene Leben ist ein grundlegendes Element von Gesundheit und eng verbunden mit den meisten anderen Komponenten von Gesundheit, besonders mit dem Konzept von Empowerment (Bestärkung, Kraft schöpfen).

Spiritualität

Spiritualität ist eine wichtige Quelle von Hoffnung und Sinn, besonders für Menschen, die vor der Aufgabe stehen, nach einer gravierenden Lebensveränderung und Verlusten ihr gesamtes Leben neu zu definieren.

Handouts Sitzung 7

Handout 23

Risikofaktoren für Burnout-Erleben

Äussere (gesellschaftliche und organisationale) Risikofaktoren

- Arbeitsüberlastung (z.B. zu hohe Arbeitsmenge, zunehmende Arbeitsverdichtung, unzureichende Qualifizierung)
- Personalabbau
- Betriebliche Umstrukturierungsmassnahmen
- Arbeitsplatzunsicherheit
- Einschränkungen von Entscheidungs- und Handlungsspielräumen (z.B. zunehmende Kontrolle durch Benchmarking, Kameras, etc.)
- Wachsende psychische Anforderungen am Arbeitsplatz (z.B. hohe Informationsmenge, häufige Unterbrechungen, wachsende Anforderungen an soziale Kompetenzen)
- Entgrenzung der Arbeit (z.B. Flexibilisierung von Arbeitszeiten, mangelnde Abgrenzung zum Privatleben)
- Hoher Anteil ausbildungsfremder Tätigkeiten
- Hohe emotionale Anforderung im Beruf (z.B. in Sozialberufen, Lehrer)
- Rollenunklarheit, Rollenkonflikte (z.B. im Lehrerberuf), Rollenüberlastung
- Mangelnde Wertschätzung durch Vorgesetzte, Kollegen oder in Sozialberufen der betreuten Personen, mangelnde gesellschaftliche Wertschätzung
- Sozialer Stress am Arbeitsplatz (z.B. Mobbing am Arbeitsplatz, Kritik oder Kränkungen durch Vorgesetzte oder Kollegen)
- Mangel oder Wegfall sozialer Unterstützung (z.B. durch hohe Fluktuation), mangelnder Teamgeist
- Isolation am Arbeitsplatz
- mangelnde Transparenz, mangelndes Feedback
- Unterforderung, Eintönigkeit

Innere (personenbezogene) Risikofaktoren

- Perfektionistisch überhöhter Leistungsanspruch an Quantität und Qualität der eigenen Arbeit
- Hohe Verausgabebereitschaft, Neigung zur Selbstüberforderung
- Selbstwertprobleme, mangelnde Fertigkeiten der Selbstwertschätzung und Kränkbarkeit
- Soziale Fertigungsdefizite (z.B. fehlende Fähigkeit, sich abzugrenzen / Nicht Nein-Sagen können)
- Geringes Selbstwirksamkeitserleben
- Mangelnde Konfliktfähigkeit
- Mehrfachbelastungen (z.B. familiäre Belastungen, Pflege von Angehörigen)
- Personenbezogene gesundheitliche Risikofaktoren (z.B. ungünstiges Gesundheitsverhalten, somatische Vorerkrankungen)
- Ungünstiges Bewältigungsverhalten, z.B. Grübeln
- Mangelnde soziale Unterstützung
- Arbeit als primäre Selbstbestätigung, ausschl. Orientierung an der Arbeit
- mangelnder Ausgleich (Life-Work-Imbalance)

Handout 24

Energiegeber / Energienehmer

Bitte listen Sie gemeinsam mit einem Teilnehmer in Ihrer Gruppe die wichtigsten 3 Energiespender und 3 Energiefresser in Ihrem Alltag auf.

Beispiele für Energiespender können sein: Sport, Zumba, Bad nehmen, Unternehmungen mit Freunden, Zeit mit der Familie, Lesen, Meditieren, Achtsamkeitsübungen, Spaziergänge, Kochen etc.

Beispiele für Energiefresser können sein: Streitgespräche, Entscheidungen treffen, Überweisungen tätigen, Steuererklärung, Mahnbriefe lesen, öffentliche Verkehrsmittel verpassen, Konflikte mit Kollegen/ Vorgesetzten, Emailfluten, überflüssige Meetings, zu spät kommen, zu viel essen, rauchen, belastende Telefonate, Haushalt erledigen, etc.

Energiegeber	Energienehmer

Handouts Sitzung 8

Handout 25

Lebensrad

Name: _____

Date: _____

Ich bin mit diesem Lebensbereich (von innen):

0 sehr unzufrieden

1 unzufrieden

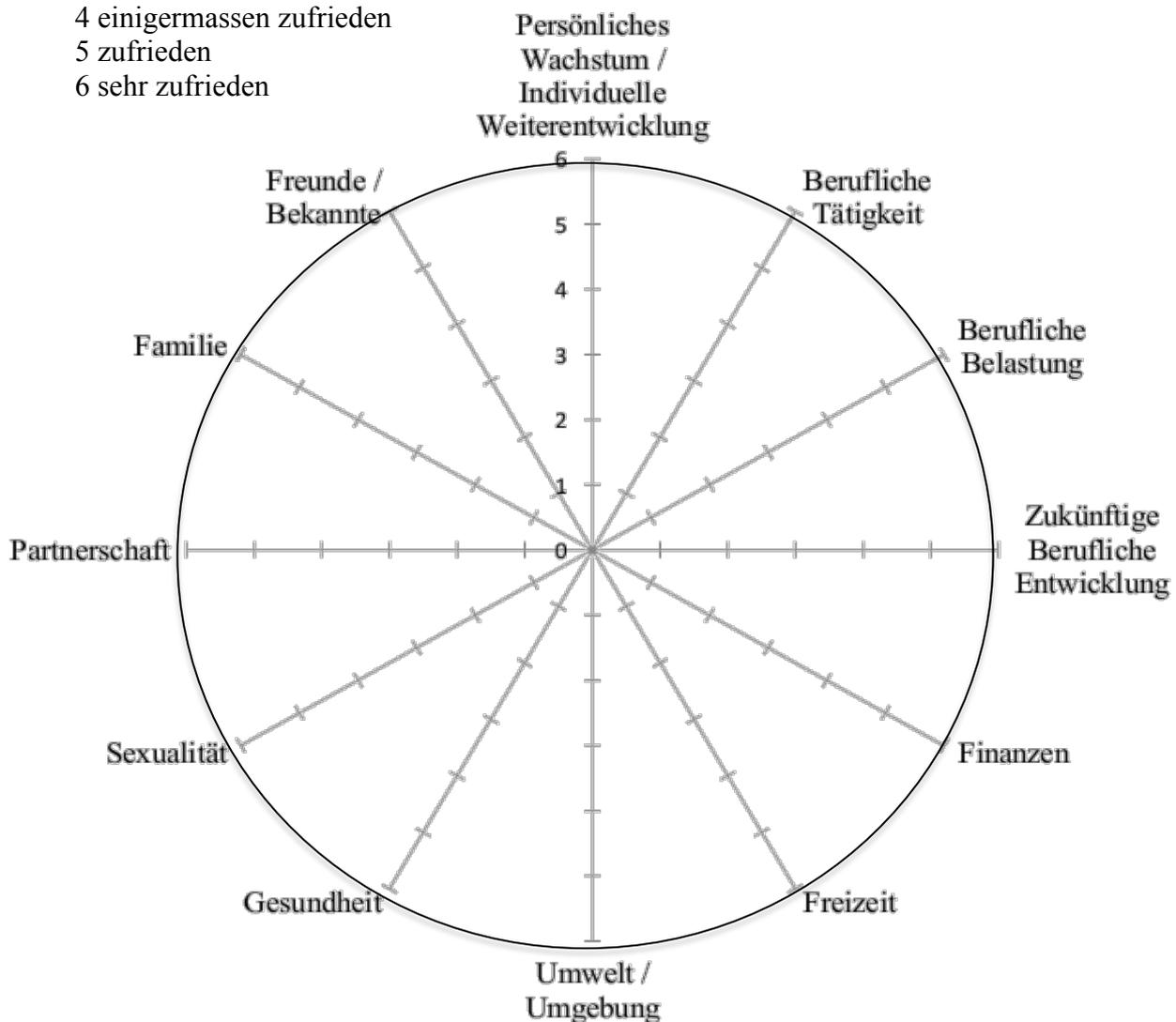
2 einigermaßen unzufrieden

3 weder noch

4 einigermaßen zufrieden

5 zufrieden

6 sehr zufrieden



modifiziert nach Whitworth, Kimsey-House, Kimsey-House & Sandahl, 2007

Handout 26

Werte

Werteprofil

Gehen Sie bitte zunächst alle Werte durch und tragen dann in die erste Spalte ein, wie **wichtig** Ihnen persönlich die einzelnen Werte auf einer Skala von 1 (völlig unwichtig) bis 6 (äusserst wichtig) sind. Im zweiten Schritt tragen Sie ein, wie viel Platz diese Werte derzeit in Ihrem Leben einnehmen, also wie sehr diese Werte gepflegt, honoriert und im Alltag **umgesetzt** werden (bzw. diese Werte verletzt wurden). Orientieren Sie sich dabei ebenfalls an einer Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 6 (stark umgesetzt). In der dritten Spalte (Wünsche für Zukunft) tragen Sie ein, wie viel Platz und Bedeutung Sie diesen Werten **in Zukunft** in Ihrem Leben einräumen wollen.

Beispiele:	1. Wichtigkeit	2. Umsetzung	3. Zukunft
Individualität, Selbstentfaltung			
Unabhängigkeit, Autonomie, Freiheit			
Kreativität			
Anregung (excitement); Abenteuer			
Persönliche Entwicklung			
Leistungswerte			
Leistung und Erfolg (achievement)			
Macht und Einfluss			
Exzellenz, Kompetenz, Perfektionismus			
Respekt			
Soziale Werte, Status			
Wohlstand			
Soziales Ansehen			
Tradition			
Bescheidenheit			
Regeltreue, Konventionalität, Anpassungsbereitschaft			
Sicherheit			
Nähe, Verbundenheit			
Gemeinschaft, Verbindung, Teamgeist			
Fürsorglichkeit, Soziales Engagement			
Zuverlässigkeit, Verantwortung			
Harmonie			
Loyalität			
Gerechtigkeit			
Toleranz			
Persönliche Werte, Freizeit			
Naturverbundenheit, Umweltschutz			
Spiritualität			
Gesundheit / Fitness			
Humor, Spass, Genuss, Freizeit			

Fragen, um leitende Werte zu identifizieren

Was haben Sie als Kind am allerliebsten gespielt oder getan? (z.B. in der Natur sein, Dinge zusammen bauen, in der Gemeinschaft mit anderen Kinder sein oder alles, was mit Geschwindigkeit zu tun hatte, etc.)

Nennen Sie spontan 1-3 Beispiele für tief erfüllende Momente (Glücksmomente, z.B. mit meinem Partner am Kaminfeuer sitzen, Kinderlachen, etc.).

Wann war die „beste Zeit“ in Ihrem Leben und welche Werte waren in dieser Zeit für Sie erfüllt? (z.B. die Zeit direkt nach dem Studium, wo ich ein Jahr lang gereist mit, etc.)

Was bringt Sie „auf die Palme“? (z.B. Ungerechtigkeit)

Was würde ein guter Freund/in sagen, durch welche Werte Sie sich auszeichnen (max. 3 Werte nennen, z.B. Loyalität)?

Womit verbringen Sie freiwillig viel Zeit? (z.B. sportliche Aktivitäten, in der Natur sein, mit meiner Familie etwas unternehmen, reisen, etc.)

Welche 3 Regeln würden Sie für eine Gemeinschaft von 10 erwachsenen Personen aufstellen, mit denen Sie 1 Jahr leben sollen? (z.B. jeder darf anders sein, etc.)

Wie würden Sie sich in Ihrer Schulzeit (ca. 8. Klasse) beschreiben? (strebsamer Schüler, der wenig Kontakt hatte zu Anderen; Schulschwänzer, etc.)

Handout 27

Bergmeditation

Wann immer du bereit bist, stelle dir vor deinem geistigen Auge den schönsten Berg vor, den du kennst oder dir vorstellen kannst. Verweile bei diesem Bild und in dem Gefühl, das es hervorruft. Werde dir seiner massiven Form bewusst, des aufragenden Gipfels, des tief in der Erdkruste verwachsenen Fusses, seiner Steilhänge oder sanft abfallenden Bergflanken. Fest, unbeweglich, majestätisch, ob aus der Nähe oder aus der Ferne betrachtet, verkörpert er gleichzeitig eine erhabene, von seiner einzigartigen Form herrührende Schönheit.

Dein Berg hat vielleicht einen schneebedeckten Gipfel und in den tiefer gelegenen Regionen baumbestandene Hänge. Vielleicht hat er einen einzigen, beeindruckenden Gipfel, eine Gipfelgruppe oder ein Hochplateau. Was immer sein Erscheinungsbild auch sein mag – verweile und atme mit diesem Bild vor deinem geistigen Auge, jetzt, in diesem Augenblick.

Während du hier sitzt und mit dem Berg atmest, erlaube deinem Körper so zu werden wie der vorgestellte „Körper“ deines Berges. Dein Kopf wird zum hoch aufragenden Gipfel, Schultern und Arme zu den Flanken, Gesäss und Beine zur soliden Basis, die auf dem Sitzkissen ruht. Spüre in der Wirbelsäule das Gefühl, emporgehoben zu werden bis hinauf zum Gipfelpunkt deines Scheitels. In diesem Augenblick bist du ein Berg, der unbeweglich, unerschütterlich in der Stille von Körper und Geist verweilt.

Tagein, tagaus verharrt der Berg in unerschütterlicher Ruhe, während die Sonne über den Himmel wandert, Licht, Schatten, Farben und Wetter sich ständig verändern. Selbst ein ungeübtes Auge kann von Stunde zu Stunde dramatische Veränderungen wahrnehmen. Das Licht verändert sich, Tag und Nacht folgen aufeinander - der Berg verweilt einfach nur, ist einfach nur er selbst. Während die Jahreszeiten ineinander übergehen und das Wetter von Tag zu Tag, von Augenblick zu Augenblick wechselt, bleibt der Berg immer der Gleiche.

Im Sommer ist der Berg schneefrei. Im Herbst steht er in einem Flammenmeer brillanter Farben; im Winter liegt er unter einer Decke aus Schnee und Eis. Manchmal hüllt er sich in Wolken oder Nebel oder verschwindet hinter einer Wand aus Eisregen. Ob jemand ihn sieht oder nicht, ob in Sonne oder Wolken, Hitze oder Kälte – reglos, unberührt verweilt er, immer der Gleiche, immer er selbst.

Manchmal umtoben ihn gewaltige Stürme, Schnee, Regen, Winde von unvorstellbarer Stärke – der Berg übersteht sie alle, in unerschütterlicher Ruhe verweilend. Wieder wird es Frühling, zwitschern die Vögel in den Bäumen, spriest frisches zartes Grün, blühen die Blumen auf den Bergwiesen, lässt das Schmelzwasser die Bergbäche anschwellen. Von alledem unberührt, verharrt der Berg, unberührt von oberflächlichen Geschehnissen, unberührt von der Welt der Erscheinungen. Mit einem solchen Gefühl und dem Bild des Berges vor unserem geistigen Auge können wir in allen Dingen, die sich in unserem Leben ständig verändern, die gleiche unbeirrbar Ruhe verkörpern, in gleicher Weise verwurzelt sein. Wir

haben dunkle und schmerzvolle Zeiten auszuhalten, erfahren aber auch Augenblicke intensiver Freude, erhabene Augenblicke.

Das Wetter in unserem Leben darf weder ignoriert noch verleugnet werden. Wenn wir nicht in ihm umkommen wollen, müssen wir uns ihm stellen, es respektieren, spüren; müssen es bewusst als das erkennen, was es ist. Dann ermöglichen wir uns inmitten aller Stürme die Erfahrung einer inneren Ruhe, Stille und Weisheit, die tiefer sind, als wir je für möglich gehalten hätten.

Jon Kabat-Zinn, 2012

Der chinesische Dichter Li Po hat dies so ausgedrückt:

„Die Vögel sind am Horizont verschwunden,
und jetzt löst sich die letzte Wolke auf.
Wir sitzen beieinander, der Berg und ich,
bis nur der Augenblick übrig bleibt.“

Literaturangabe

- Bodian, S. (2011). *Meditation für Dummies* (3. Auflage). Weinheim: Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA.
- Kabat-Zinn, J. (2012). <http://www.berg-meditation.de/die-berg-meditation/>
- Kabat-Zinn, J. & Valentin, L. (2014). *Stressbewältigung durch die Praxis der Achtsamkeit*. Freiburg im Breisgau: Arbor Verlag.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
- Kotsou, I. (2013). *Das kleine Übungsheft - Achtsamkeit* (Das kleine Übungsheft, Bibliothek der guten Gefühle). München: Trinity Verlag
- Kramer, G. (2009) <http://www.achtsamleben.at/anwendung/insightdialogue/>
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of occupational behavior*, 2, 99-113.
- McCullough, J. (2000). *Treatment of Chronic Depression. Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Schramm, E. (2010). *Interpersonelle Psychotherapie* (3. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Schrank, B. & Amering, M. (2007). Recovery in mental health. *Neuropsychiatrie*, 21, 45-50.
- Whitworth, L., Kimsey-House, K., Kimsey-House, H. & Sandahl, P. (2007). Wheel of Life Exercise. In *Co-active Coaching: New Skills for Coaching People Toward Success in Work and Life* (pp. 222f). Mountain View (CA): Davies-Black Publishing.

Kontakt:

Prof. Dr. Elisabeth Schramm / Universitäts Klinikum Freiburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie / Hauptstrasse 5 / D-79104 Freiburg / elisabeth.schramm@uniklinik-freiburg.de

M.Sc. Anna Kiyhankhadiv / Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel / Wilhelm Klein-Strasse 27 / CH-4012 Basel / anna.kiyhankhadiv@upkbs.ch

Anhang C

Curriculum Vitae von Anna Kiyhankhadiv

Personalien

Name Anna Kiyhankhadiv
Geburtsdatum 25. Juli 1988



Beruflicher Werdegang

2013 - 2016 Assistenzpsychologin auf der
Privatabteilung in den
Universitären Psychiatrischen
Kliniken (UPK) Basel
seit 2016 Psychologin auf der Privatabteilung in den Universitären
Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel

Hochschulausbildung

Seit Frühling 2014 Doktorandin für Psychologie an der Universität Basel
Frühling 2017 Master of Advanced Studies in Psychotherapie mit kognitiv-
behavioralem Schwerpunkt an der Universität Basel
Frühling 2013 Master of Science in Psychology
Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie und Neurowissenschaften
an der Universität Basel
Herbst 2011 Bachelor of Science im Fach Psychologie an der Universität Basel

Schulbildung

2007 bilinguale Maturität (Deutsch & Englisch)
2005 dreiwöchiger Aufenthalt an der Memorial High School in Boston, USA
(Immersionprojekt Gymnasium Leonhard)
2002 - 2007 Gymnasium Leonhard in Basel, Schwerpunktfach Italienisch
1999 - 2002 Orientierungsschule, Brunnmattschulhaus in Basel
1995 - 1999 Primarschule, Bruderholzsulhaus in Basel

Besondere Fähigkeiten

Sprachen	Deutsch (Muttersprache), Englisch (CAE C1), Italienisch, Französisch, Spanisch (DELE B1), Kenntnisse in Persisch
Informatik	Computer- Anwendungen (Word, Excel, Power Point, SPSS, Unipark)

Aktivitäten

Praktika

Jan. - Mär. 2012	psychodiagnostisches Praktikum in den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel
Sep. - Dez. 2011	Praktikum im Universitätsklinikum Freiburg (D), Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Spezialstation für Affektive Störungen
Jan. - Apr. 2010	Praktikum auf der Abteilung für Depressionsforschung, Schlafmedizin und Neurophysiologie in den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel

Ausbildungen

2016	Zertifizierung in IPT (Interpersonelle Psychotherapie) Zertifizierung in CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy)
2015	Vinyasa-Yoga-Lehrerin 200h
2011	Fachausbildung zum Ernährungs- Coach
2006	J & S Snowboardleiterin

Engagements

seit 2016	Yogalehrerin in diversen Schulen in Basel
seit 2015	Vorsitz der Programmkommission der PSP (Postgraduale Studiengänge in Psychotherapie)
2009 - 2010	Tutorin in Statistik (I, II & III) an der Uni Basel
2008 - 2012	Tanzlehrerin für Salsa und Tango Argentino
2007 - 2012	Nachhilfeunterricht für Schüler jeglicher Niveaus Diverse Nebenjobs im Gastgewerbe

Hobbys

seit 2016	Acro Yoga
seit 2011	Power Yoga/ Vinyasa Flow

seit 2010 Iyengar Yoga
seit 1997 Mitglied im Quartier Circus Bruderholz (zwischenzeitlich als Co-Präsidentin)

wissenschaftliche Publikationen

- Brakemeier, E.-L., Kiyhankhadiv, A., & Schramm, E. (2014). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP): Neue Einsatzbereiche als stationäres Konzept und Gruppentherapie. *Psychiatrie & Neurologie*, 3, 12-20.
- Deutschenbaur, L., Beck, J., Kiyhankhadiv, A., Mühlhauser, M., Borgwardt, S., Walter, M., Hasler, G., Sollberger, D., & Lang, U. (2016). Role of calcium, glutamate and NMDA in major depression and therapeutic application. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 4, 325-333. doi: 10.1016/j.pnpbp.2015.02.015

Referenzen

- PD Dr. Ernst Hermann, Klinischer Psychologe in eigener Praxis, psychotherapeutische Supervision, psychotherapeutische Ausbildungs- und universitäre Funktionen, PSP & UPK Basel, Tel. +41 79 322 07 68, e-k-hermann@praxis-am-claraplatz.ch
- Prof. Dr. Elisabeth Schramm, approbierte Klinische Psychologin, psychotherapeutische Supervisorin, UPK Basel, Tel. +41 61 325 5206 elisabeth.schramm@upkbs.ch
- Dr. med. Markus Mühlhauser, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, UPK Basel, Tel. +41 61 325 5312, markus.muehlhauser@upkbs.ch
- PD Dr. phil. Serge Brand, Psychotherapeut und Supervisor, UPK Basel, Tel. +41 79 439 64 30, serge.brand@upkbs.ch
- Prof. Dr. Eva- Lotta Brakemeier, Psychotherapeutin, Supervisorin, Psychologische Hochschule Berlin, Tel. +49 30/20 91 66-240, e-l.brakemeier@psychologische-hochschule.de
- Prof. Dr. Jutta Mata, Universitätsprofessorin, Lehrstuhl für Gesundheitspsychologie, Universität Mannheim, Tel. +49 621-181-2595, mata@uni-mannheim.de
- PD Dr. phil. Urs Gerhard, Psychologe Psychodiagnostik und Evaluation, Universität Basel, Tel. +41 79 524 51 73, urs.gerhard@unibas.ch