

Die QM-Skalen des VDS-Systems: Wirkfaktoren, Prozess, Verlauf, Ergebnis

(aus Sulz (2017). Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. Gießen: Reihe CIP-Medien im Psychosozialverlag, Kapitel B11, S. 276ff)

Alle QM-Fragebögen und Checklisten können kostenlos als pdf heruntergeladen werden:

<https://vds-skalen.eupehs.org>

Patient:

QMP02-Arb Arbeitsfähigkeit und medizinischer Versorgungsbedarf*

QMP03-Bel Fallspezifische belastende Faktoren*

QMP04-Feed Feedback Therapiesitzung*

QMP05-Ziel Zielannäherungsskala*

QMP07-Pro Rating zum Therapieprozessverlauf*

TherapeutIn:

QMT01 Indikationsstellung*

QMT03-Zerr Zielerreichungsskalierung QMT04-Sitz Therapiesitzung Rating*

QMT05-Ziel Zielannäherungsskala* QMT06-Bez Beziehungsqualität*

QMT07-Pro Rating zum Therapieprozessverlauf*QMT08-Inh Checkliste Therapieinhalt

QMT11 Für den Therapieverlauf ungünstige Faktoren* QMT12-RDR Ressourcen-Defizit-Rating

QMT13-Kat Katamnesegesprächsprotokoll QMT14-Prot Therapiesitzung Protokoll

Die Skalen, die mit QMP beginnen, füllt der Patient aus. Wenn sie mit QMT beginnen, werden sie von der TherapeutIn ausgefüllt. Sie wurden in der Münchner Qualitätsmanagement-Studie (Sulz et al. 2003) evaluiert und werden unten dargestellt. Die Therapeuten-Ratings, die einem Patientenfragebogen entsprechen, sind bei diesem dargestellt (QMT04 bei QMP04, QMT05 bei QMP05 und QMT07 bei QMP07).

Nachfolgend werden nur die mit * gekennzeichneten Skalen dargestellt. Die Zielerreichungsskalierung wird beim Thema Evaluation des Therapieergebnisses beschrieben. Weitere Skalen gibt es als kostenloses Download unter www.cip-medien.com.

QMP02-Arb Arbeitsfähigkeit und medizinischer Versorgungsbedarf

Ein oft übersehenes Kriterium der Erkrankung ist die Arbeitsfähigkeit des Patienten. Wie war sie vor Beginn der Therapie bzw. konnte sie durch die Therapie wieder hergestellt werden? Dieses Kriterium ist oft aussagekräftiger als Fragebögen oder Ratingskalen. Wenn man einen Zeitraum von drei Monaten nimmt, erhält man gültige und reliable Daten. Diese haben sowohl für die externe Qualitätssicherung (Gutachterverfahren) als auch für das interne Qualitätsmanagement hohe Aussagekraft.

Ein zweites wichtiges Zeichen von Krankheit und Gesundheit ist die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen – vor und nach der Therapie. Dabei muss natürlich zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen unterschieden werden, wobei der Patient meist nicht in der Lage ist, zwischen somatischen und psychosomatischen Erkrankungen zu differenzieren. Dies ist ein Grund, auch den körperlichen Krankheiten nachzugehen, um gemeinsam mit dem Hausarzt psychische Bedingungen körperlicher Erkrankungen ebenso zu erfassen wie die Möglichkeit, dass es sich um eine psychosomatische Erkrankung handelt.

QMP02-Arb Arbeitsfähigkeit und medizinischer Versorgungsbedarf

Name: Vorname: Datum:

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

1. Meine Arbeitsfähigkeit

a) Ich bin jetzt

() arbeitsfähig

() nicht arbeitsfähig bzw. krank geschrieben

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

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

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

c) Rentenantrag:

() Ich habe zwischenzeitlich Rentenantrag gestellt am

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

a) aufgrund psychischer/psychosomatischer Beschwerden

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

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

..... Tage waren Krankenhausaufenthalt notwendig

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

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

..... Tage war Krankenhausaufenthalt notwendig

Herzlichen Dank © S. Sulz

QMP03 Fallspezifische belastende Faktoren aus der Vergangenheit und Gegenwart

Zwei Patienten können exakt das gleiche Krankheitsbild mit dem gleichen Schweregrad entwickeln. Die gleiche Therapie wird bei dem einen völlige dauerhafte Remission der Symptomatik bewirken und beim anderen nur eine gewisse Linderung. Das kann im Rahmen der Qualitätssicherung als professionelles Versagen des Therapeuten interpretiert werden. Die therapeutische Aufgabe ist gleich groß. Wer weniger erreicht, arbeitet weniger qualifiziert. Deshalb ergibt sich die Frage der Vergleichbarkeit der beiden Patienten (Mohr, 1995; Lutz et al., 2004a, b). Genaue Anamnese und Exploration wird ergeben, dass bei dem einen Patienten keine prognostisch ungünstigen Faktoren vorliegen, während beim anderen eine Fülle von erschwerenden Bedingungen gefunden werden. Ein Therapeut, der diese fallspezifischen belastenden Faktoren in der Vorgesichte des Patienten nicht erfasst, ist einerseits leichtsinnig, denn er wird die Prognose der Therapie falsch einschätzen. Andererseits wird er nicht in der Lage sein, zu begründen, warum diese Therapie unteroptimal verlief. Eine eventuelle Kritik wird er deshalb nicht entkräften können.

Die hier aufgezählten belastenden Faktoren sind nicht die typischen Variablen der Life event-Forschung, die sich auf das Erwachsenenalter beschränkt, sondern überwiegend Belastungen, die in Kindheit und Jugend stattfinden. Zusätzlich werden Lebensbedingungen festgehalten, die eine Gesundheit erheblich erschweren. Es wird also nicht gefragt, was zur Erkrankung beigetragen haben könnte, sondern welche erschwerenden Bedingungen vorliegen, die eine ungünstige Prognose erwarten lassen.

QMP03-Bel Fallspezifische Belastungen

Name: Vorname:

Welche belastenden Faktoren treffen auf Sie zu?

Belastende Faktoren in der Kindheit und Jugend Kreuzen Sie bitte das jeweils Zutreffende an. ()

Erbliche Belastung psychisch (z. B. Psychosen in der Familie oder Alkoholismus) () Mutter ist in meinen ersten Lebensjahren psychisch krank gewesen (incl. Sucht) () Vater ist in meiner Kindheit psychisch krank gewesen (incl. Sucht)

() Mutter lebte in meinen ersten Lebensjahren unter extrem belastenden Bedingungen () Ständige massive Auseinandersetzungen der Eltern meiner Gegenwart als Kindes

() Häufige körperliche Gewalttätigkeiten von Seiten der Eltern in meiner Kindheit () Sexueller Missbrauch in meiner Kindheit

() Ich wurde die ganze Woche bei den Großeltern abgegeben und erst zum Wochenende geholt () Ich wurde unter der Woche zu Pflegeeltern gegeben

() Ich verbrachte Monate bis Jahre im Heim

() Mutter war in den ersten beiden Lebensjahren längere Zeit im Krankenhaus

() Ich war als Kind in den ersten drei Lebensjahren längere Zeit ohne Mutter im Krankenhaus () Trennung bzw. Scheidung der Eltern während meiner Kindheit

() Tod eines Elternteils während meiner Kindheit

() Tod eines Geschwisters während meiner Kindheit

() Ich hatte in meiner Kindheit eine schwere körperliche Erkrankung, die mein Leben stark beeinträchtigte () Ich hatte in meiner Kindheit ein sehr traumatisches Erlebnis, das nicht verarbeitet werden konnte

() Ich musste in meiner Kindheit eine Serie von sehr belastenden Erlebnissen über mich ergehen lassen () Ich hatte psychische Erkrankung(en) in der Kindheit und Jugend

Belastende Faktoren im Erwachsenenalter

a) schicksalhafte Belastungen () Tod des Ehepartners

() eigene unheilbare schwerste Erkrankung (z. B. Karzinom, degenerative oder Autoimmunkrankheit) () Frühpensionierung

() Sozialhilfeempfänger/in () Leben in einem Heim

b) eigenes Scheitern

() fehlender Berufsausbildungsabschluss

() in der Vergangenheit fehlende stabile Angestelltenverhältnisse

() in der Vergangenheit wiederholtes Scheitern von beruflichen Projekten (Umschulung)() in der Vergangenheit häufig entlassen werden

() in der Vergangenheit lange oder wiederholte Zeiten von Arbeitslosigkeit () in der Vergangenheit fehlende Partnerschaften

() in der Vergangenheit häufiges Scheitern von Partnerschaften

() in der Vergangenheit extrem häufige Wechsel von Geschlechtspartnern () in der Vergangenheit Leben in sozial sehr niedrigem Milieu

() in der Vergangenheit mehrfache kriminelle Delikte

c) Vorerkrankungen

() Chronische körperliche Erkrankungen, die eine Verbesserung der Lebensqualität unmöglich machen () Chronische psychische Erkrankungen (ohne Sucht)

() Suchterkrankung

() Mehrere schwere Selbstmordversuche

() Häufige psychische Erkrankungen in der Vergangenheit (zwei oder mehr) () Lange Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik (zwei oder mehr)

() Häufige stationäre psychiatrische Behandlungen (zwei oder mehr)

() Häufige stationäre psychotherapeutische Behandlungen (zwei oder mehr)

() Mehrere ambulante psychotherapeutische Vorbehandlungen ohne große Veränderungen In der nächsten Stunde würde ich gerne noch mit Ihnen etwas darüber sprechen.

Herzlichen Dank

© S. Sulz

QMP04 Feedback des Patienten für die Therapiesitzung (Stundenbogen)

Der QMP04-Feedback Patient Therapiesitzung-Fragebogen wurde in zahlreichen Studien eingesetzt und mehrfach evaluiert (Sulz et al., 2003; Oswald, 2009; Hebing, 2012, vergl. Sulz, 2005c). Er wird meist gemeinsam mit der Therapeutenversion, dem QMT04-Sitz Therapeut-Therapiesitzung Qualität-Fragebogen ausgegeben. Neben der Zufriedenheit erfasst er die Faktoren Zielorientierung einerseits und Beziehungsgqualität andererseits. Hier die Erläuterungen zu den einzelnen Feedbackfragen:

Wurde das Ergebnis der vorausgegangenen Stunde formuliert? Damit gibt der Therapeut dem Patienten einen Zeit übergreifenden kognitiven Rahmen. *Er ist nicht der blind in den Moment der Therapiestunde gehende zu Behandelnde, der nicht weiß, wo es lang geht, der nicht weiß, wozu die letzte Stunde war und wozu sie führen sollte. Der Patient kann auf diese Weise den Bogen, der von den bisherigen Stunden aus gespannt wurde gedanklich erfassen und sich im zeitlichen Verlauf des Therapieprozesses orientieren. Er wird zum mündigen Gesprächs- und oft auch Verhandlungspartner. Wurden die Aufgaben bis zur heutigen Sitzung und deren Bewältigung besprochen?* *Eine Hausaufgabe gebe ich nur dann, wenn der Patient das Ziel auch erreichen will, zu dem die Hausaufgabe hinführen soll. Und wenn er sich entschließen kann, das Ziel mit Hilfe dieser Hausaufgabe auch zu erreichen.*

Wenn die Aufgaben nicht gemacht oder nicht gekonnt wurden, erfolgte eine Problemanalyse und Erarbeitung eines Erfolg versprechenden Aufgabenplans? *Einem Vorschlag Marsha Linehans (1996) folgend, wird beim Nichtmachen oder Nichtkönnen von Hausaufgaben eine ausführliche Verhaltensanalyse des Scheiterns durchgeführt.*

Hat der/die Pat. es geschafft, unangenehme Vorkommnisse oder Umstände anzusprechen? *Das Missliche der seit der letzten Therapiesitzung vergangenen Tage sollte zur Sprache kommen. Nur wenn er darauf angesprochen wird („Gab es belastende Ereignisse?“), kann der Pat. darüber sprechen. Sonst kann es sein, dass er dem Therapeuten keine Sorgen machen will oder ein guter, tüchtiger Patient sein möchte und deshalb nur positive Meldungen bringt. Aber auch die gegenteilige Frage („Gab es Erfreuliches?“) ist ein wichtiger Türöffner für Berichte, die sonst eventuell nicht erfolgen.*

Konnte der/die Pat. sein gefühlsmäßiges Erleben mitteilen? *Viele Patienten sprechen dies nur aus, wenn sie konkret danach gefragt werden. Manche vermeiden Gefühlsaussagen. Deshalb muss ihnen eine konkrete Frage gestellt werden („Was fühlten Sie in diesem Moment?“ und „Was fühlen Sie jetzt gerade?“)*

Gingen Sie auf die Bedürfnisse Ihres Patienten/Ihrer Patientin ein? *Nach der einführenden Schilderung der Erlebnisse, der Erörterung deren emotionaler Bedeutung und dem Aussprechen der Gefühle wird transparent, mit welchem Bedürfnis der Patient zur Therapiesitzung kommt. Es kann Trost sein, oder Aufmunterung, Beruhigung, Beifall oder eines der 21 grundlegenden Bedürfnisse (Sulz, 1994).*

Wurde ein Thema für die Therapiestunde explizit vereinbart? *In einer kognitiven Therapie, vor allem in einer Kurzzeittherapie, bestimmt nicht das Problematische der letzten Woche den Inhalt der Therapiesitzung sondern das Therapiekonzept, das jede Stunde einen Schritt weiter verfolgt wird. D. h. der Therapeut weiß schon vor der Sitzung, was Thema dieser Therapiestunde sein wird – es sei denn es wäre Gravierendes vorgefallen.*

Kam es zu einer tiefen Erfahrung mit intensiven Gefühlen? *Die Besprechung des Themas führt nach der Klärung des situativen und Beziehungskontexts zur affektiven Bedeutung des im Thema steckenden Problems oder Konflikts. Diese ist an dem Gefühl erkennbar, das der Patient beim Besprechen, beim Erinnern, beim Imaginieren oder beim In-Szene-Setzen einer typischen Situation empfindet.*

Entstand eine gedankliche Neueinschätzung, die neue Perspektiven eröffnet und neue Verhaltensweisen zulässt? *Grawe (1998) berichtet über eigene Studien, die zeigten, dass das Evozieren aversiver Gefühle in der Therapiesitzung nur dann zu einem fruchtbaren Ergebnis führt, wenn daraus eine züversichtliche Perspektive erwächst.*

Wurde aus dem Thema der Therapiestunde ein neuer Verhaltensplan entwickelt?

Oft kann aus einem Thema ein Vorhaben entwickelt werden, das mit konkreten Verhaltensänderungen verbunden ist, seien die vereinbarten

Veränderungen auch noch so klein.

Wie sehr will der/die Pat. die vereinbarten Änderungen anpacken? Meist will der Patient, dass es anders ist, aber er will nicht das tun, was die Änderung herbeiführt. Haben die emotionale Arbeit und die anschließenden kognitiven Betrachtungen einen ausreichenden Änderungswillen ergeben, so kann jetzt die Entscheidung fallen: „Ich will das nicht mehr so haben. Ich werde das ändern.“

Wurde ein geplantes neues Verhalten im Rollenspiel geprobt? Ist sich der Therapeut nicht sicher, ob der Patient das vereinbarte neue Verhalten ausüben kann oder ob er den Mut dazu aufbringen wird, so hilft ein Rollenspiel, den Weg zu ebnen.

Wurde festgelegt, wann, wie oft und in welcher Situation der/die Pat. das neue Verhalten (aus-)üben wird? Manche Patienten brauchen mehr Direktiven, um ihren Vermeidungen beim ersten Mal nicht zu erliegen. Da hilft es, festzulegen, an welchem Tag, zu welcher Uhrzeit, an welchem Ort, in welcher Situation, welchem Menschen gegenüber wie oft das neue Verhalten geübt wird.

Wie förderlich erlebten Sie die Beziehung zwischen Ihnen und dem/der Patienten/in? Konnten wir unsere Beziehung zwischen den Zeilen so gut pflegen, dass dadurch die inhaltliche Arbeit beflügelt oder sehr gestützt wurde? Eine tragfähige Beziehung wiegt vieles auf, ermöglicht die Mobilisierung vieler Ressourcen, ist eine Ressource, die dem Patienten Kraft gibt.

Wie viel trug die Stunde dazu bei, dass der/die Pat. sich selbst und dass er/sie dieses Problem (noch) hat, akzeptieren kann? Der größte Gewinn von Bedingungsanalysen ist die Einmündung in zunehmende Selbstakzeptanz. Andere Ergebnisse sind nachrangig wenngleich nicht unwichtig.

Wie sehr trug die Stunde dazu bei, dass der/die Pat. sich für fähig hält, das Vorhaben der kommenden Woche(n) erfolgreich zu meistern? Wie viel Selbsteffizienzerwartung hat der Patient in dieser Therapiestunde aufgebaut? Neben der Selbstakzeptanz ist der Aufbau von Selbsteffizienzerwartung das lohnendste Unterfangen einer Therapiestunde. **Wie viel Hoffnung und Zuversicht wurde in der Stunde aufgebaut?** Mit vergrößerter Selbsteffizienzerwartung geht auch vermehrte Hoffnung einher. Aber auch die Erfahrung einer guten Therapiearbeit in der abgelaufenen Therapiesitzung und einer stabilen, befriedigenden therapeutischen Beziehung baut Hoffnung auf.

Wurde die Sitzung nachbesprochen (Feedback)? Das Feedback ist eine wichtige Korrektur für den Therapeuten. Denn meist merkt er nicht, dass beim Patienten über doch bedeutsame Teile der Stunde etwas ablief, was er nicht bemerkte. Oder er muss erfahren, dass das was ihm so wichtig war, dem Patienten wenig bedeutete und stattdessen ein Nebensatz für den Patienten den entscheidenden Anstoß gab.

Haben Sie es geschafft, unangenehme Gefühle, Gedanken, Empfindungen, oder Verhaltensweisen des Patienten/der Patientin während der Stunde anzusprechen? Es gehört zur therapeutischen Beziehung und zur psychotherapeutischen Arbeit, dass der Patient seine Gefühle in der Therapiestunde offenbart. Und es gehört zur Arbeit des Therapeuten, den Patienten so aufmerksam wahrzunehmen, dass er aufkommende Gefühle des Patienten bemerkt. Dies anzusprechen ist unverzichtbar.

Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Stunde? Bleibt die Zufriedenheit aus, so kann sich der Therapeut fragen, ob er zu leistungsorientiert ist, ob er zu änderungsorientiert ist oder ob er andere Ziele als der Patient hat.

Der Therapieerfolg kann einerseits an gutem Feedback, andererseits an der konstanten Relation der Ähnlichkeit von Patienten- und Therapeutenurteil vorhergesagt werden, nicht aber vom absoluten Ausmaß der Ähnlichkeit (Oswald, 2009).

QMP04-Feed Feedback Patient Therapiesitzung

Bitte beschreiben Sie, wie für Sie diese Therapiesitzung war. 0 = nicht 1 = etwas 2 = mittel 3 = sehr Konnten

Sie Ihre Gefühle mitteilen?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Haben Sie es geschafft, unangenehme Vorkommnisse oder Umstände anzusprechen? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Ging der/die Therapeut/in auf Ihre Bedürfnisse ein? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Kam es dabei zu einer tiefen Erfahrung mit intensiven Gefühlen? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Konnten Sie das besprochene Problem mit anderen Augen sehen, so dass eine neue Perspektive eröffnet wurde und ein neuer Umgang mit dem Problem möglich erscheint? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Wie sehr wollen Sie die anstehenden Änderungen anpacken? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Wie förderlich erlebten Sie die Beziehung zwischen Ihnen und dem/der Therapeuten/in? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Wieviel trug die Stunde dazu bei, dass Sie sich selbst und dass Sie dieses Problem (noch) haben | 0 | 1 | 2 | 3 |

akzeptieren können?

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 8 | Wie sehr trug die Stunde dazu bei, dass Sie sich für fähig halten, das Vorhaben der kommenden Woche(n) erfolgreich zu meistern? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Wieviel Hoffnung und Zuversicht wurde in der Stunde aufgebaut? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Stunde? | 0 | 1 | 2 | 3 |

Danke für Ihre Zeit und Mühe!

© S. Sulz CIP-Medien 4.2.2015

Auswertung VDS07a Feedback Therapiesitzung

10 Wieviel Hoffnung und Zuversicht wurde in der Stunde aufgebaut?

11 Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Stunde?

0 1 2 3

0 1 2 3

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des praxisinternen Qualitätsmanagements

a) Auswertung

Es gibt folgende Kennwerte AE, BZ, ZF, FB:

Änderungs- und Zielorientierung AE = Summe der Punktwerte der Items 5, 6, 8, 9, 10 geteilt durch 5

Beziehungsqualität BZ = Summe der Punktwerte der Items 1, 2, 3, 4, 7 geteilt durch 5
Zufriedenheit ZF Punktwert des Items 11

Gesamtpunkte Feedback FB: Summe der Items 1 bis 10 ohne 11 geteilt durch 10.

b) Darstellung des Ergebnisses

Feedback des Patienten für die Therapiesitzung vom

() Der Vergleich mit dem Feedbackbogen des Patienten zu dieser Stunde ergibt folgende Auffälligkeiten:

.....

..... () Dies erfordert eine Nachbesprechung.

QMP05 und QMT05 Zielannäherungsskala

Auf einfache Weise sind Verlaufsdaten zu erhalten, die hinreichend zuverlässig den Fortschritt dokumentieren und sich direkt auf die Therapieziele und die therapeutische Arbeit beziehen. Bei der Zielannäherungsskala werden zuerst die Probleme kurz auf der linken Seite und dann das zu jedem Problem gehörige Ziel auf der **Bezeichnung**

| | | | | | | |
|---------------------------------|-----|-------|---|---|---|---|
| Änderungs- und Zielorientierung | AE: | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Beziehungsqualität | BZ: | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Zufriedenheit | ZF: | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Gesamtpunkte Feedback | FB: | | 0 | 1 | 2 | 3 |

rechten Seite beschrieben. Auch für das Gesamtproblem wird versucht, eine Formulierung zu finden sowie die ihr entsprechende Gesamtzielformulierung. Darauf können Patient und Therapeut getrennt das bisherige Vorankommen bezüglich jedes Ziels einschätzen. Sie werden vermutlich nicht übereinstimmen, aber dies kann ja thematisiert werden. Vorteil dieses Vorgehens ist, dass es nicht viel Zeit in Anspruch nimmt und immer wieder das Augenmerk auf den gesamten zielorientierten Prozess lenkt.

QMP05-Ziel/QMT05-Ziel Zielannäherungsskala

Rechts kann ein Kreuzchen in die von 0 bis 3 gehenden Skalen gezeichnet werden, so dass ein grafisches Feedback- Profil entsteht.

Die Auswertung der Checkliste „QMT04-Sitz Therapeut – Therapiesitzung Qualität“ erfolgt analog.

© S. Sulz CIP-Medien 4.2.2015

QMT04-Sitz Therapeut – Therapiesitzung Qualität

Sitzung Nr. Am (Datum)

Patient Vorname: Nachname:

Bitte beschreiben Sie, wie für Sie diese Therapiesitzung war. 0 = nicht 1 = etwas 2 = mittel 3 = sehr

() Ausgefüllt von der Patientin, vom Patienten () Ausgefüllt von der TherapeutIn

für die PatientIn (Vorname, Name) am (Datum)

Sie geben die Zielannäherungsskala z. B. in der ersten, der 10., 20., 30., 40. Sitzung zum Ausfüllen und füllen sie selbst aus.

- 0 = Ich bin (Sie/er ist) gar nicht vorangekommen
- 5 = Ich habe (Sie/er hat) die halbe Strecke bis zum Ziel zurückgelegt
- 10 = Ich habe (Sie/er hat) das Ziel erreicht

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Konnte der/die Pat. sein gefühlsmäßiges Erleben mitteilen? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Hat der/die Pat. es geschafft, unangenehme Vorkommnisse oder Umstände anzusprechen? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Gingen Sie auf die Bedürfnisse Ihres/Ihrer Pat. ein? | 0 | 1 | 2 | 3 |

Bitte vergleichen Sie anschließend Ihre Einschätzungen mit denen Ihrer PatientIn. Sie sollten auf alle Fälle ein Gespräch über Ihrer beider Zieleinschätzungen führen.

Auswertung QMP05 und QMT05 Zielannäherung

Hier handelt es sich um die einfachste Skalierung. Der angekreuzte Wert ist bereits das endgültige Ergebnis, es muss nichts ausgewertet werden:

Darstellung des Verlaufs: In die rechten Skalen kann jeweils ein Kreuzchen oder Dreieck oder Kreis gezeichnet und diese miteinander verbunden werden, so dass je Messzeitpunkt ein grafisches Zielannäherungsprofil entsteht. Diese veranschaulichen das Fortschreiten der Therapie.

Vergleich verschiedene Zeitpunkte:

- 1. Messung Datum Symbol: **X** wievielte Sitzung?
- 2. Messung Datum Symbol: **O** wievielte Sitzung?
- 3. Messung Datum Symbol: **w** wievielte Sitzung?

QMP07 und QMT07 Der Therapieprozessverlauf (verändert aus Sulz, 2017d)

Die Studie von Sulz et al. (2003b) zeigte, dass die Fragen zum Verlauf des Therapieprozesses sich unter zwei große Themen subsumieren lassen: Motivationsarbeit und Änderungsarbeit.

Die Therapieforschung belegt die Bedeutung mehrerer prozessualer Parameter. Andere sind Extrakt klinischer Erfahrung, wie sie von zahlreichen Therapeuten verschiedenster Provenienz geteilt wird. Nachfolgend wird sowohl für den Patienten als auch für die TherapeutIn eine Ratingskala zur Einschätzung des aktuellen Standes des Fortschreitens des Therapieprozesses vorgeschlagen. In der QM-Studie von Sulz et al. (2003b) haben sich beide bewährt. Dieser Bogen muss nicht quantitativ ausgewertet werden. Aber eine Besprechung mit dem Patienten ergibt eine wichtige Klärung und Abstimmung, wie beide den bisherigen Verlauf einschätzen und welche Erwartungen beide bezüglich der weiteren Therapie haben.

Hoffnung und Glaube, dass dieser Therapeut die erforderliche Kompetenz hat und diese Therapie zu einer erfolgreichen Behandlung führen werden, wird u. a. von Frank (1961) und Orlinsky et al. (1994) als empirisch nachgewiesener Wirkfaktor genannt. Als gezielte Maßnahme wird dieser Vorgang von Grawe (1998) Erwartungsinduktion genannt, mit dem Hinweis, dass dieser Prozessschritt der Hauptwirkfaktor der Hypnose ist.

Eine **förderliche therapeutische Beziehung** gilt nach Orlinsky et al. (1994) als weiterer wichtiger Wirkfaktor. Ihre Merkmale werden einerseits auf die von Frank (1961) genannten Wirkfaktoren, die Variablen des Therapeutenverhaltens in der klientenzentrierten Gesprächstherapie (Rogers, 1951) und andererseits auf die Eigenschaften einer tragfähigen Beziehung, wie sie die Bindungsforschung zeichnet (Bowlby, 1975), zurückgeführt. Volkart (2000) diskutiert die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt der Control-Mastery-Theorie. In der Verhaltenstherapie haben Schulte (1996) und insbesondere Kohlenberg et al. (1991, 2000) darauf hingewiesen. Kohlenberg setzt die therapeutische Arbeit mit der Patient-Therapeut-Beziehung als wichtigsten Aspekt der Behandlung ein.

Der **Aufbau von Therapiemotivation** ist nach Kanfer et al. (1996) einer der ersten Schritte im psychotherapeutischen Prozess. Die Bereitschaft, an der Therapie mitzuarbeiten, muss oft erst hergestellt werden, da die bisherigen Ziele des Patienten nicht ohne weiteres mit denen der Therapie zur Deckung gebracht werden können. Über den positiven Einfluss von Therapiemotivation auf den Therapieverlauf berichten z. B. bei Angststörungen Hartung und Schulte (1991) und Fiegenbaum et al. (1992a, b).

Das **Herstellen tiefer emotionaler Erfahrung** im Dienste der Klärung motivationaler Konstellationen ist eines der wichtigsten Elemente vieler Psychotherapien. Ihre Bedeutung wurde besonders durch die Arbeit von Greenberg et al. (1993) und Greenberg (2000) sichtbar. Greenberg stellt eine Therapie vor, die er als "Process-Experiencing-Approach" bezeichnet, entwickelt aus der klientenzentrierten Gesprächstherapie und

der Gestalttherapie. Sachse (1992) fand eine deutliche Korrelation zwischen der Tiefe der emotionalen Erfahrung und dem Ergebnis von gesprächstherapeutischen Behandlungen. Die Exposition in der Verhaltenstherapie ist ebenfalls ein Verfahren, das eine tiefe emotionale Erfahrung herstellt. Es zählt zu den wirksamsten Angsttherapien (Fiegenbaum et al., 1992a).

Die **Korrektur der emotional-kognitiven Bewertungen** ist der Hauptansatzpunkt der kognitiven Therapie nach Beck (1976) und der rational-emotiven Therapie nach Ellis (1962). Empirische Forschung belegt immer wieder deren Bedeutung (z. B. Richter et al., 2000). Heute gibt es ein elaboriertes Interventionsangebot, das situative und habituelle Kognitionen umstrukturieren hilft. Die Wirksamkeit dieser kognitiven Verfahren ist vielfach untersucht worden und empirisch belegt (Grawe et al., 1994).

Das **Herstellen von Akzeptanz** ist ein Therapieprinzip, das neuere behaviorale Therapieansätze in den Vordergrund stellt und z. B. auf diese Weise in der Paartherapie deutliche Wirksamkeitsvorsprünge vor traditionellem behavioralem Vorgehen erreichte (Jacobson & Christensen, 1992, 1996) bzw. wirksame Therapien bei schwierigen Patienten durchführen konnte (Hayes et al., 1998, 2000, 2005; Linehan, 1996a, b).

Die **Ressourcenmobilisierung** ist von der Verhaltenstherapie mit ihren verstärkerorientierten Interventionen ein stets genutzter Aspekt der therapeutischen Veränderung, vor allem in der Depressionstherapie (Lewinsohn, 1974; Lutz 1996). Je

mehr sich jedoch problem- und störungsspezifische Ansätze durchsetzen, umso mehr geriet die Ressourcenanalyse in den Hintergrund. Insbesondere Grawe (1998) bringt Belege für ihre Bedeutung. Sehr einleuchtend ist seine Interpretation der Wirksamkeitsvergleiche von Kognitiver Therapie (Beck, 1976) und Interpersonaler Psychotherapie IPT nach Klerman et al. (1984). So profitierten von der Kognitiven Therapie am meisten solche Patienten, die nur wenig kognitive Störungen hatten, sondern deren Stärke im kognitiven Bereich lag. Dagegen waren die Therapieerfolge der IPT am größten bei Patienten, deren Kompetenzen vor allem im interpersonellen Bereich lagen. Grawe sieht die Wirkung beider Therapien entgegen ihrer expliziten Problemorientierung deshalb darin, dass sie die Ressourcen der Patienten nutzten, die Kognitive Therapie die kognitiven Ressourcen und die IPT die interpersonellen Ressourcen.

Das **Herstellen von Änderungsentscheidung** ist das Überschreiten des Rubikon in Heckhausens Handlungsmodell (Heckhausen et al., 1987). Die vorausgehenden Schritte der Therapie befanden sich noch am linksseitigen Ufer. Es ging um Klärungsprozesse. Motive wurden untersucht, Wünsche betrachtet. Das Wählen unter den Möglichkeiten wurde geprobt. Und nun ist der Schritt, der über den Rubikon führt. Vielleicht ist es besser zu sagen, dass die Änderungsentscheidung der erste Schritt auf dem festen Boden des rechten Ufers ist. Hingegen ist die Brücke in Heckhausens Modell nicht beschrieben. Es wird eine Dichotomie dargestellt. Es handelt sich um klar unterscheidbare Welten, die durch eine eindeutige Grenzlinie getrennt werden. Weder in Heckhausens Betrachtungen noch in denen von Grawe (1998) taucht das Prinzip der Akzeptanz auf. Gerade dieses können wir uns aber als Brücke zwischen den beiden Ufern vorstellen. Akzeptanz heißt, dass die nötigen Klärungen erfolgt sind, dass die Konflikte ausreichend gewürdigt wurden, so dass ihre Lösung möglich ist, dass es nichts mehr zu erledigen gibt auf dem linken Ufer, dass also zum anderen Ufer geschritten werden kann.

Loslassen, Abschied, Trauer ist ein Teilprozess, der auch ohne Zutun des Therapeuten an dieser Stelle jeder Therapie geschieht. Das Betreten der Brücke bedeutet das Zurücklassen der Welt auf der linken Seite des Ufers. Viel Vertrautes, Liebes, Wertvolles muss zurückgelassen werden, wenn die alte Welt verlassen wird. Entscheidung ist immer Verzicht auf das andere. Konfliktlösung ist so gesehen der Verzicht auf die Vorteile der nicht gewählten Seite. Und wenn es zu den bisherigen zentralen Beziehungen gehörte bzw. zur Domäne des eigenen Selbst (Beck, 1976), so ist der Abschied schmerzlich. Der alte Besitz muss aktiv losgelassen werden und das Verlorene muss betrauert werden. Dieser Therapieschritt wird von Sulz (1994, 2011a) beschrieben.

Die **Angst vor Veränderung** ist ebenso ein Phänomen und ein emotionaler Prozess im Weiterschreiten in der Therapie. Wir können uns wiederum vorstellen, dass mitten auf der Brücke, nachdem vom Alten Abschied genommen wurde, der Blick auf das ungewisse Neue am anderen Ufer Angst macht. Auch wenn sie nicht thematisiert wird und vom Patienten vielleicht auch nicht bewusst wahrgenommen wird, ist sie eine motivationale Kraft, die zum Widerstand werden kann (Sulz, 1994, 2001a). Die **Veränderung des Erlebens und Verhaltens** ist mehr oder weniger explizites Ziel jeglicher Psychotherapie.

Wirksamkeitsstudien belegen für einige Psychotherapien, dass sie dieses Ziel auch erreichen (Grawe et al., 1994). Gegenwärtig kann dies in umfassender Weise von Verhaltenstherapie, tiefenpsychologischer Psychotherapie und Gesprächstherapie gesagt werden. In Teilbereichen wiesen auch andere Therapieformen ihre Wirksamkeit nach.

Die **Erfahrung von Selbsteffizienz** mündet in eine Erwartungshaltung ein, die Selbsteffizienzerwartung (self efficacy expectation (Bandura, 1977)), die sehr großen Einfluss darauf hat, ob eine neue Verhaltensweise entsteht, denn die Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhaltensweisen hängt ab von ihrem erwarteten Erfolg. Zudem wirkt sich die Erfahrung von Selbsteffizienz auf das Selbstwertgefühl eines Menschen aus, ist vielleicht der für die allgemeine Handlungsfähigkeit eines Menschen wichtigere Bestandteil des Selbstgefühls. Die Selbsteinschätzung, was ich kann, welche Fähigkeiten ich habe, verbunden mit der Erinnerung an zurückliegende Erfolge bestimmt wesentlich mehr das Aktivitätsniveau eines Menschen als die Einschätzung, anderen Menschen etwas wert zu sein bzw. an sich wertvoll zu sein. Wie nahezu alle hier betrachteten psychischen Phänomene und Parameter muss dies keine bewusste Erfahrung und Einschätzung sein.

Der **Umgang mit Niederlagen** ist in kognitiv-behavioralen Therapien wesentlicher Bestandteil von Übungsprogrammen, die kognitive Erwartungshaltungen und Reaktionsbereitschaften im Umgang mit Misserfolgen aufbauen (Lieberman et al., 1993; Sulz, 2001). Gerade Patienten mit psychischen Störungen verlieren selbst durch kleine Niederlagen schnell wieder ihre Selbstwirksamkeitserwartung und damit den Mut, nach einer Niederlage möglichst bald einen neuen Anlauf zu nehmen. Sie befinden sich noch lange Zeit in einer kognitiven Suchhaltung, die auf eine Bestätigung des alten Selbstbildes ausgerichtet ist.

Die **Automatisierung des neuen Erlebens und Verhaltens** wird von Therapeuten oft nicht als notwendiges Zielkriterium berücksichtigt. So lange der Patient sich jedes Mal neu überwinden muss, das neue Verhalten zu zeigen, besteht die Gefahr, dass ihm ohne Rückendeckung des Therapeuten die Entschlossenheit fehlt und Kraft ausgeht, diese Überwindung

aufzubringen. Lernprozesse sind aber erst abgeschlossen, wenn das Verhalten nicht mehr bewusst durch Selbstkontrolle erzeugt werden muss (Kanfer, 1977, 2000).

Die **Generalisierung des neuen Erlebens und Verhaltens** stellt nicht selten ein therapeutisches Problem dar. Denn ein im schonenden Milieu des Therapieraumes gekonntes Verhalten kann der Patient oft nicht auf seine raue Beziehungswirklichkeit übertragen. Oder ein im Kompetenztraining gelerntes Verhalten kann zwar auf den beruflichen aber nicht auf den familiären Bereich transferiert werden. Der gewünschte Generalisierungsprozess bedarf deshalb oft besonderer Maßnahmen (Kanfer, 1977, 2000; Sulz, 2001).

Das **Selbstmanagement des Erlebens und Verhaltens** ist Ergebnis der Übernahme der fremdgeleiteten Veränderungsinitiativen in die Selbstkontrolle und Selbststeuerung (Kanfer, 1977, 2000). Erst wenn nicht mehr der Therapeut Initiator und Kontrollinstanz ist, sondern der Patient selbst das Management übernommen hat, kann von einer Stabilität der erreichten neuen Handlungsweisen ausgegangen werden.

Die **Bahnung weiterer Selbstentwicklung** kann in der Therapie explizit eingeleitet werden, oft findet sie aber implizit statt. Der Patient befindet sich auf einem individuellen Niveau der Entwicklung seiner Emotionalität und seiner Beziehungsgestaltung. Von Therapeutenseite wäre oft eine Weiterentwicklung wünschenswert, da dann die Vulnerabilität für psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen geringer wäre. Entwicklung ist aber ein zeitlich so lang gestreckter Prozess, dass er nicht Inhalt von kürzeren Therapien sein kann. Deshalb kann oft ein Entwicklungsanreiz oder -anstoß gegeben werden (Sulz, 1994, 1996, 2000; Sulz & Theßen, 1999). Der Patient wird dem Entwicklungsverlauf allein überlassen. Wenn diese zu natürlichen Krisen führt (Erikson, 1993; Kegan, 1986), kann eine erneute Kontaktaufnahme mit dem Therapeuten erforderlich werden. Diese natürlichen Wachstumskrisen dürfen aber nicht mit Krisen verwechselt werden, die eine Pathologie der Person oder eine Pathogenität der Umwelt ausdrücken.

Der **Abschied, das Beenden** der Therapie wird von vielen kognitiv-behavioralen, systemischen und Hypno-therapeuten relativ cool gehandhabt. Ein sachlich-freundlicher Abschied ist eben der Abschluss einer professionellen Arbeit, die Kooperierenden wenden sich nun neuen Projekten zu. Hier erhält der Patient eventuell

erstmal eine Korrektur seiner Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung als einer sehr zentralen persönlichen Beziehung, die so positive Qualitäten wie kaum eine andere vorher aufwies. Der rasche tränenlose Abschied ist dann ein abruptes Ende einer Illusion, die zwar sehr viel Kraft für therapeutische Veränderungen gab, aber nun erst einmal verkraftet werden muss. Die Rückfälle nach Abschluss der Therapie sind zum guten Teil auf das Versäumnis des Therapeuten zurückzuführen, die Beendigung der therapeutischen Beziehung emotional ausreichend zu bearbeiten (Sulz, 1994, 2001).

Die **Zeit nach der Therapie** gehört noch zur Therapie, deren Ergebnis sich erst nach einem oder zwei Jahren zeigt. Der Anspruch an eine wirksame Therapie besteht u. a. darin, dass die erreichten Veränderungen mindestens zwei Jahre anhalten. Am schwierigsten ist das erste halbe Jahr nach Beendigung der Therapie. Diese Zeit kann noch in der Therapie vorbereitet werden. Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe sind fester Bestandteil in der Verhaltenstherapie (Kettl, 1998).

Die **Zukunft** des Patienten ist das, worauf die Therapie einwirken will. Sie intendiert, dass er nach dem Verschwinden seiner Symptome möglichst dauerhaft auf derartige Notfallmaßnahmen zur Bewältigung von Problemen nicht mehr angewiesen ist, dass er sein Leben in die Hand nimmt und eine befriedigende Lebens- und Beziehungsgestaltung erreichen kann (Sulz, 1994; Becker, 1995). Das ist ein Ideal, das wir meist nicht erreichen können und auch nicht müssen. Aber einen vielleicht bescheidenen Beitrag leistet die Psychotherapie doch in Richtung dieses globalen Zieles.

QMP07-Pro Rating zum Therapieprozessverlauf (PatientIn)

Patientenname: Vorname: Datum:

Diese Liste wurde ausgefüllt nach der (wievielten) Sitzung

Bitte schätzen Sie das Ausmaß ein, in dem das jeweils Genannte vorhanden ist bzw. den Erfolg, in bzw. mit dem Sie diesen Therapieschritt bewältigen. Verwenden Sie hierzu als Skalierung: 0 = gar nicht, 1 = kaum, 2 = etwas,

3 = deutlich, 4 = sehr, 5 = extrem

() 1. Hoffnung und Glauben an die Therapie (Erwartung von Therapieerfolg)

- 2. Eine förderlichen Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten, mit Bedürfnisbefriedigung, Wohlbefinden und Freisetzen von Energie
- 3. Therapiemotivation (starker Wunsch, die Therapie zu machen)
- 4. Tiefe emotionale Erfahrung (Erleben und Erinnern mit intensiven Gefühlen)
- 5. Korrektur der früheren Gedanken über meine Probleme, die mich an einer Lösung hinderten 6. Akzeptanz (Ich kann mich so akzeptieren wie ich jetzt (noch) bin)
- 7. Ressourcenmobilisierung (Ich habe Fähigkeiten an mir entdeckt, die ich jetzt gut einsetzen kann) 8. Änderungsentscheidung (Ich habe mich entschieden, den vereinbarten Schritt zu tun)
- 9. Loslassen, Trauer (Ich habe losgelassen, woran ich festhielt, ich habe darüber trauern können) 10. Angst vor Veränderung: Ich habe Angst vor Veränderung und kann doch weiter machen
- 11. Veränderung des Verhaltens und Erlebens: Ich habe schon Wichtiges geändert
- 12. Erfahrung von Selbsteffizienz: Ich habe Erfolge erzielt, die mir Zuversicht fürs Weitermachen geben 13. Umgang mit Niederlagen: Ich kann jetzt daraus lernen, ohne am Boden zerstört zu sein

Vielen Dank!

© S. Sulz

QMT07-Pro Rating zum Therapieprozessverlauf (Therapeut)

Patientenname: Vorname: Datum:

Die 20 Schritte des Therapieprozesses entsprechen nicht einzelnen Therapiestunden – es könnte sein, dass sie sich auf 60 oder 80 Sitzungen erstrecken. Und die genannte Reihenfolge ist nicht zwingend.

Abhängig vom Stand der Therapie können einzelne Prozesse noch nicht stattgefunden haben. Bestimmen Sie vorab, in welcher Therapiephase Sie sich momentan befinden:

- Die Therapie befindet sich in der Klärungs- und Motivierungsphase (1–10) Startphase (1–3)
- Aufbau (4 –10)
- Die Therapie befindet sich in der Änderungsphase (11–20) Änderung (11–13)
- Stabilisierung (14 –17)
- Abschluss (18 –20)

Bitte schätzen Sie das Ausmaß und den Erfolg ein, in bzw. mit dem Sie in den bisherigen Therapiesitzungen diese prozessualen Parameter aktiv angegangen sind.

Verwenden Sie hierzu als Skalierung: 0 = gar nicht, 1 = kaum, 2 = etwas, 3 = deutlich, 4 = sehr, 5 = extrem

- 1. Aufbau von Hoffnung und Glauben (Erwartung von Therapieerfolg)
- 2. Aufbau einer förderlichen Beziehung, Bedürfnisbefriedigung mit dem Ziel des Wohlbefindens und des Freisetzens von Ressourcen
- 3. Aufbau von Therapiemotivation
- 4. Herstellen tiefer emotionaler Erfahrung (Exposition) 5. Korrektur der emotional-kognitiven Bewertungen
- 6. Herstellen von Akzeptanz 7. Ressourcenmobilisierung
- 8. Herstellen einer Änderungsentscheidung 9. Fördern von Loslassen des Alten, Trauer
- 10. Bewältigung der Angst vor Veränderung und vor Neuem 11. Veränderung des Verhaltens und Erlebens

() 12. Erfahrung von Selbsteffizienz () 13.
Umgang mit Niederlagen

() 14. Automatisierung des neuen Verhaltens und Erlebens () 15.
Generalisierung des neuen Verhaltens und Erlebens () 16.
Selbstmanagement des Verhaltens und Erlebens

() 17. Bahnung weiterer Selbstentwicklung

() 18. Vorbereiten auf Abschied, Beenden der Therapie

() 19. Vorbereiten auf die Zeit nach der Therapie (die ersten Monate) () 20.
Vorbereiten auf die Zukunft

© S. Sulz

Auswertung QMT07-Pro Therapieprozessverlauf Rating Therapeut

Sie können hier die Werte aus dem Fragebogen eintragen:

0 = gar nicht 1 = kaum 2 = etwas 3 = deutlich 4 = sehr 5 = extrem

| Nr. | Aspekt des Therapieprozessverlaufs | Faktor 1: Motivationsarbeit | Faktor 2: Änderungsarbeit |
|-----|---|--------------------------------|------------------------------|
| 1 | Aufbau von Hoffnung und Glauben | = | |
| 2 | Aufbau einer förderlichen Beziehung | = | |
| 3 | Aufbau von Therapiemotivation | = | |
| 4 | Herstellen tiefer emotionaler Erfahrung | = | |
| 5 | Korrektur der kognitiven Bewertungen | = | |
| 6 | Herstellen von Akzeptanz | = | |
| 7 | Ressourcenmobilisierung | = | |
| 8 | Herstellen einer Änderungsentscheidung | = | |
| 9 | Fördern von Loslassen des Alten, Trauer | = | |
| 10 | Bewältigung der Angst vor Veränderung u. vor Neuem | = | |
| 11 | Veränderung des Verhaltens und Erlebens | | = |
| 12 | Erfahrung von Selbsteffizienz | | = |

| Nr. | Aspekt des Therapieprozessverlaufs | Faktor 1: Motivationsarbeit | Faktor 2: Änderungsarbeit |
|-----|---|--------------------------------|------------------------------|
| 13 | Umgang mit Niederlagen | | = |
| 14 | Automatisierung des neuen Verhaltens | | = |
| 15 | Generalisierung des neuen Verhaltens | | = |
| 16 | Selbstmanagement des Verhaltens | | = |
| 17 | Bahnung weiterer Selbstentwicklung | | = |
| | Summen | = | = |
| | Faktorwerte (Motivation = Summe/10, Änderung Summe/7) | | |

Die Items 18 bis 20 werden in der quantitativen Auswertung nicht berücksichtigt. Eine

zweifache Auswertung ist möglich:

Per Sichtdiagnostik prüfen Sie (davon ausgehend, dass die Reihenfolge der Items etwa die Abfolge des Therapieprozesses abbildet)

a) bis zu welchem Item finden sich schon Kreuzchen?

b) Fehlt ein Kreuzchen zwischen drin (ist also eventuell ein Aspekt des Therapieprozesses noch nicht in Gang gekommen)? Sie können diese Skala zudem quantitativ auswerten, dass Sie die vereinfachten Faktorwerte der beiden Faktoren Motivationsarbeit und Veränderungsarbeit berechnen (siehe Tabelle). Das Ergebnis kann in folgende Übersicht eingetragen werden:

Ergebnis des Ratings zum Therapieprozessverlauf (Therapeut)

| Therapieprozessverlauf hinsichtlich | Diagramm |
|-------------------------------------|-----------------------|
| Motivationsarbeit | 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 |
| Änderungsarbeit | 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 |

Patient: Datum: Wievielte Sitzung?

© S. Sulz

QMT01 Indikationsstellung

Es gibt noch kaum empirische Belege für differentielle Indikationen bezüglich verschiedener Therapieformen. Deshalb gibt es auch kaum nachweisbare Fehlindikationen. Auch wenn eine Therapieform Wirksamkeitsstudien vorweisen kann, aus der hervorgeht, dass eine sehr hohe Rate an Behandlungen vorliegt, deren Wirkung 5 Jahre anhält, ist dies keine zwingende Indikationsvorgabe für den Einzelfall. Erst recht nicht, wenn es sich um eine kontrollierte Studie mit Zufallszuordnung zu Therapie- und Kontrollgruppe handelte. Sie bietet keine ausreichende Vorhersage für eine unter Versorgungsaspekten durchgeführte Psychotherapie. Da könnte es bei der Wahl zwischen Einzel- und Gruppentherapie schon anders aussehen. Denn hier kommt der Aspekt der Wirtschaftlichkeit hinzu. Gruppentherapien sind billiger und wenn sie ebenso wirksam sind wie Einzeltherapien dürfte eigentlich keine Einzeltherapie durchgeführt werden – es sei denn, es gibt kein für den Patienten zugängliches Angebot einer Gruppentherapie. In der Verhaltenstherapie gibt es allerdings Vorgehensweisen für bestimmte Störungen, die so erfolgreich sind, dass es der Begründung bedarf, wenn sie nicht angewandt werden wie z. B. Exposition bei Agoraphobie und Panik, Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline-Störungen oder die neueren Ansätze der Traumatherapie. So lange das Gutachterverfahren als externe Qualitätssicherung diesen Aspekt mitberücksichtigt (Faber et al., 2014; Sulz et al., 2003a; Sulz & Peterander, 2004) ist

die qualifizierte Indikationsstellung in dessen Rahmen bereits abgesichert. Dagegen taucht die Frage bei Kurzzeittherapien ohne Bericht an den Gutachter wieder auf. Tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch? Patienten, die wenig introspektionsfähig erscheinen, werden von Tiefenpsychologen eher zum Verhaltenstherapeuten geschickt. Oder Patienten mit Phobien. Verhaltenstherapeuten wiederum empfehlen Tiefenpsychologie, wenn es keine eindeutigen Symptome oder klar formulierbaren kognitiven bzw. Verhaltensstörungen gibt, sondern schwer greifbare emotionale oder Beziehungsprobleme. Diese Indikationen müssen heute sicher nicht mehr so stattfinden. Die Tiefenpsychologie ist störungsbezogener geworden und die Verhaltenstherapie „beziehungsfreudiger“. Es folgt die Entscheidung, ob eine Kurz- oder eine Langzeittherapie konzipiert werden soll. Aus klinischer Sicht lassen sich hierzu Entscheidungskriterien formulieren (Sulz, 1997a). Besonders das Vorliegen dysfunktionaler Persönlichkeitszüge oder gar einer Persönlichkeitsstörung (Sulz & Sauer, 2003) sprechen für eine Langzeittherapie. Eine Hilfe bei der notwendigen explizite Festlegung der Indikation ist die Checkliste QMT01-Indikationsstellung.

QMT01-Ind Indikationsstellung

Indikationsstellung 1: Therapieverfahren

Welches Therapieverfahren ist indiziert?

Ist Verhaltenstherapie indiziert? Begründen Sie dies gegebenenfalls: nein/ja

.....

Ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie indiziert? nein/ja Wenn ja,
begründen Sie dies gegebenenfalls:

.....

Ist eine psychoanalytische Therapie indiziert? Begründen Sie dies gegebenenfalls: nein/ja

.....

Ist eine Körpertherapie indiziert? Begründen Sie dies gegebenenfalls: nein/ja

.....

Ist eine weitere Psychotherapieform indiziert? Begründen Sie dies gegebenenfalls: nein/ja

.....

Ich habe eine begründete Indikation gestellt. nein/ja

Indikationsstellung 2: Therapieform

Ist eine Einzeltherapie indiziert? Begründen Sie dies gegebenenfalls: nein/ja

.....

Ist eine Gruppentherapie indiziert? Begründen Sie dies gegebenenfalls: nein/ja

.....

Ist eine Paartherapie indiziert? Begründen Sie dies gegebenenfalls: nein/ja

.....

Ist eine Familientherapie indiziert? Begründen Sie dies gegebenenfalls: nein/ja

.....

Ich habe eine begründete Indikation gestellt. nein/ja

Indikationsstellung 3: Erforderliche Therapeutenmerkmale

Bitte nennen Sie die erforderlichen Therapeutenmerkmale, die Voraussetzung sind, damit dieser Fall erfolgreich behandelt werden kann:

- 1. Therapeutenmerkmal
- 2. Therapeutenmerkmal
- 3. Therapeutenmerkmal

Ich habe die erforderlichen Therapeutenmerkmale genannt und dies begründet. nein/ja

Indikationsstellung 4: Übernahme der Therapie durch ...

Bitte geben Sie das Ergebnis von Indikation und Vermittlung/Übernahme der Therapie an.

1 Ich übernehme selbst die Behandlung. nein/ja
2 Ich vermittele den Patienten an einen anderen Therapeuten nein/ja () Diesem
Therapeuten wurden die bisherigen Diagnostikergebnisse übergeben
() Mit diesem Therapeuten wurde telefoniert, um den Fall kurz darzustellen () Dem
Therapeuten wurde ein zusammenfassender Bericht zugesandt

3 Der Patient kam nicht mehr, bevor ich die Indikation stellen konnte. nein/ja

Der vermutliche Grund ist:

.....

Ich habe die Therapie übernommen/weitervermittelt. nein/ja

Für diese Checkliste gibt es keinen Auswertungsbogen © S. Sulz

QMT06 Die Therapiebeziehung

Das Therapiebeziehung-Rating des Therapeuten ist eine eindimensionale Skala, die die Qualität der therapeutischen Beziehung erfasst. Sie setzt sich aus folgenden sieben Aussagen zusammen: Bedürfnisbefriedigung, Förderung der Änderungsmotivation, Stützung durch Beziehung, Herausforderung durch Beziehung, Nähe und Warmherzigkeit, Abstand und Professionalität, Entwicklung der Beziehung.

Man kann zwanzig Aspekte der Therapiebeziehung differenzieren und reflektieren. In der QM-Studie von Sulz et al. (2003b) sind sieben Aspekte (fett gedruckt) ein Indikator für die allgemeine Qualität der therapeutischen Beziehung sind. Die weiteren 14 Aspekte werden bedeutsam, wenn sich eine Störung in der therapeutischen Beziehung eingestellt hat.

1. Kenne ich die zentralen Beziehungs- und Selbstbedürfnisse des Patienten?
2. Befriedige ich berechnigte Bedürfnisse des Patienten?
3. Kenne ich zentrale (Beziehungs-) Ängste des Patienten?
4. Kann ich Befürchtungen des Patienten bezüglich der therapeutischen Beziehung entkräften?
5. Kenne ich seine/ihre Art de Umgangs mit Ärger in unserer Beziehung?
6. Kann ich seinen/ihren Umgang mit Ärger in unserer Beziehung thematisieren und therapeutisch nutzen?
7. Nehme ich meine Gefühle in der Therapiesitzung wahr?
8. Kann ich aus meinem Gefühl ableiten, wozu der Patient mich bringen möchte?
9. Kenne ich dysfunktionale Beziehungsmuster des Patienten aus seinen früheren Beziehungen?
10. Kann ich dysfunktionale Anteile seines Beziehungsangebots mir gegenüber erkennen?
11. Kann ich erkennen, was der Patient durch sein dysfunktionales Interaktionsangebot Positives erreichen will?
12. Kann ich erkennen, was der Patient durch sein dysfunktionales Interaktionsangebot vermeiden will?
13. Kann ich die Beziehung so gestalten, dass weder ein pathogenes Beziehungsmuster aus der Biographie des Patienten wiederholt wird, noch forciert deren Gegenteil produziert wird?
14. Kann ich eine Prognose stellen bezüglich des zu erwartenden Beziehungstests?
15. Habe ich eine Intervention vorbereitet, die den Beziehungstest nutzen kann, so dass eine korrigierende emotionale Erfahrung erfolgt?
16. Fördert die therapeutische Beziehung ausreichend die Veränderungsmotivation des Patienten?
17. Ist die Therapiebeziehung ausreichend stützend/fördernd?
18. Ist die Therapiebeziehung ausreichen konfrontierend/herausfordernd?
19. Bietet die Therapiebeziehung ausreichend Nähe und Warmherzigkeit?
20. Bewahrt die Therapiebeziehung ausreichend Abstand und Professionalität?
21. Verändert sich die Therapiebeziehung gemäß der Entwicklung des Patienten?

1. Kenne ich die zentralen Beziehungs- und Selbstbedürfnisse des Patienten?

Der Patient versucht, auch dem Therapeuten gegenüber seine zentralen Beziehungs- und Selbstbedürfnisse zu befriedigen. Wer viel Anerkennung braucht, wird sich so verhalten, dass der Therapeut ihn lobt. Wer Geborgenheit braucht, versucht, den Therapeuten zu warmherzigem, emotional versorgendem Verhalten zu bewegen. Wem Selbstbestimmung sehr wichtig ist, wird sich nur dann auf ein Vorhaben einlassen, wenn es seine eigenen Entscheidungen sind. Wenn Abhängigkeits- und Autonomiebedürfnisse ihm Konflikt stehen, wird vielleicht zuerst ein schützendes, führendes Therapeutenverhalten bewirkt. Dessen Initiative frustriert dann aber das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und wird deshalb abgelehnt. Der Therapeut weiß nicht, wie ihm geschieht, wenn er nicht beide Botschaften wahrnehmen und entziffern kann. Der Therapeut kann also im günstigen Fall an seiner Gegenübertragung erkennen, welches Bedürfnis der Patient hat. Sicherer ist es, die Bedürfnisse mit VDS27 „Meine Bedürfnisse“ zu erfassen. Daraus geht auch hervor, wie der Patient typischerweise mit seinen Bedürfnissen umgeht. Zeigt er sie, lässt er sich nichts anmerken, gibt er anderen, was er selbst bräuchte? Nur wenn ich auch den typischen Umgang mit zentralen Bedürfnissen kenne, kann ich als Therapeut von seinem Verhalten auf seine Bedürfnisse schließen.

2. Befriedige ich berechnete Bedürfnisse des Patienten?

In der Therapieforschung gilt die therapeutische Beziehung als einer der wichtigsten Wirkfaktoren in der Psychotherapie (vergl. Grawe, 1998). Vor allem zu Beginn der Behandlung sollte der Therapeut zentrale Bedürfnisse des Patienten befriedigen. Wie geschieht dies? Wie befriedige ich in der Therapiesitzung nach Geborgenheit, nach Schutz, nach Liebe oder nach Bewunderung? Wie kann ich Bedürfnissen nach Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, nach Grenzen, nach einem Vorbild oder nach einem authentischen Gegenüber gerecht werden? Und wie soll mit dem Bedürfnis nach Erotik, Hingabe und Zärtlichkeit umgegangen werden? Einige Bedürfnisse muss der Therapeut erfüllen und er muss herausfinden welche. Auch wenn er ein Bedürfnis des Patienten nicht befriedigen kann, darf oder will, akzeptiert er ausdrücklich diese Regung des Patienten. Will der Therapeut ein Bedürfnis nicht befriedigen, so sollte es möglich sein, darüber so zu sprechen, dass der Patient sich nicht schämen muss. Kann und will der Therapeut das Bedürfnis befriedigen, so besteht dadurch die Chance zu einer korrigierenden Erfahrung (Alexander, 1958). Der Patient erfährt berechnete Bedürfnisbefriedigung, ohne dafür Bedingungen erfüllen zu müssen.

3. Kenne ich zentrale (Beziehungs-) Ängste des Patienten?

Ein großer Teil des Beziehungsangebots des Patienten ist durch die Vermeidung einer zentralen Bedrohung gekennzeichnet. Wenn ich weiß, was der Patient von mir fürchtet, verstehe ich viele Reaktionsweisen besser. Wenn ich weiß, dass für ihn eine große Gefahr in unserer Beziehung lauert, die er unbedingt bannen muss, kann ich ein Gefühl dafür entwickeln, welche meiner Reaktionen seine Angst ansteigen lassen, so dass er sofort etwas tun muss, um die Angst zu verringern. Wenn ich mit dem Patienten über problematische Beziehungsepisoden spreche, wird aus seinen Schilderungen seine zentrale Angst meist ersichtlich. Gezielter kann dies mit VDS28 „Meine zentrale Angst“ erfasst werden. Hat der Patient Angst vor Trennung und Alleingelassen werden, so wird er sich mir gegenüber vielleicht sehr dependent anpassen und keinen gegensätzlichen Standpunkt vertreten. Fürchtet er die Kontrolle über die Situation und über mich zu verlieren, so kann er sich mir nicht wirklich anvertrauen und auf meine Vorschläge eingehen. Große Angst vor Hingabe kann dazu führen, dass keine stabile und tragfähige Beziehung in der Therapie entstehen kann.

4. Kann ich Befürchtungen des Patienten bezüglich der therapeutischen Beziehung entkräften?

Die zentrale Angst des Patienten ist nicht die realistische Befürchtung des Erwachsenen, in welcher Weise die Beziehung ein ungutes Ende nehmen könnte, sondern eine aus der Kindheit verbliebene irrationale Angst und Bedrohung, deren Wahrscheinlichkeit und Ausmaß überschätzt wird. So droht bei einem wütenden Disput eventuell Vernichtung oder massive Gegenaggression, beim Aussprechen einer berechtigten Forderung vielleicht endgültiger Liebesverlust. Statt den Patienten mit Samthandschuhen anzufassen, kann der Therapeut zeigen, dass sein Ärger begrenzt und vorübergehend ist und die Beziehung danach gleich gut bleibt. Es sollte also auf keinen Fall gemeinsam mit dem Patienten vermieden werden, dass die zentrale Angst aktualisiert wird. Vielmehr sollten solche Situationen bewusst dazu verwendet werden, dass der Patient in diese Situationen geht, sich seiner zentralen Angst stellt und dadurch die Erfahrung macht, dass das Gefürchtete nicht eintritt. Die korrigierende emotionale Erfahrung führt schließlich zur Löschung der Angst in der betreffenden Situation bzw. auf das betreffende Patientenverhalten hin.

5. Kenne ich seine/ihre Art des Umgangs mit Ärger in unserer Beziehung?

Es kann lange dauern, bis ein Therapeut diese Frage bejahen kann. Wenn er sehr behutsam mit dem Patienten umgeht, hat dieser nie Grund zum Ärger. Nimmt er umgekehrt subtile Hinweise auf Unmut nicht sensibel wahr, so kann der Patient lange Zeit seinen Ärger vor ihm verstecken. Eine gemeinsame Erkundung der Art der Ärgerreaktionen, der Ärger auslösenden Situationen und des typischen Umgangs mit Ärger stellt die Fähigkeit und Bereitschaft von Patient und Therapeut her, Ärger ganz selbstverständlich zu thematisieren. Ob der Patient aus Ärger einsilbig wird oder verstummt, ob er traurig wird, oder er behauptet, nicht er selbst, sondern der Therapeut ärgere sich gerade, ob er sehr vernünftig wird oder den Therapeuten sehr gut verstehen kann oder ob er zum Pokerspieler wird, kann leicht erfragt werden. Natürlich

können vegetative Symptome oder deren Folgen wie Blutdruckerhöhung, Kopfschmerz, eine Migräneattacke, starke Müdigkeit ebenso auf Ärger hinweisen und zeigen, dass der Patient Ärger und Wut somatisiert (Woolfolk & Allen, 2014). Nicht selten sagt der Patient einfach die nächste Therapiestunde ab oder vergisst sie – es sei denn, ein Ausfallhonorar wurde vereinbart.

6. Kann ich seinen/ihren Umgang mit Ärger in unserer Beziehung thematisieren und therapeutisch nutzen?

„Ihr Gesichtsausdruck hat sich verändert. Wollen Sie mir sagen, was für ein Gefühl gerade da ist?“ oder „Wie geht es Ihnen mit dem was ich gerade sagte?“ Der Gesichtsausdruck, die Körperhaltung verändern sich leicht oder der Körper gerät in Bewegung. Es kann auch sein, dass uns die Augen die Emotion verraten. Wenn wiederholt die Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird, lernen Therapeut und Patient schnell, Ärger zu erkennen und das Thematisieren wird eine unspektakuläre Selbstverständlichkeit. Wenn zuvor vereinbart wurde, dass Umgang mit Ärger ein Therapieziel ist, fühlt sich der Patient nicht ertappt, sondern kann selbst mit einer Verhaltensanalyse seiner Ärgerreaktion beginnen: „Was macht mich denn ärgerlich? Ist der Ärger situationsadäquat? Ich entscheide mich jetzt, ihn auszusprechen. Ich sage, welches Therapeutenverhalten ich mir stattdessen wünsche.“ Der Patient lernt so, seinen Ärger schneller bewusst wahrzunehmen, sich bei seinem bisherigen Umgang damit zu beobachten und sein Verhalten zu korrigieren. Er macht diese Abläufe für den Therapeuten öffentlich und kann z. B. mitteilen, dass er gerade wieder den Muskeltonus in Armen und Beinen sehr stark erhöht hatte. Ärger kann dem Therapeuten zeigen, dass er einen wesentlichen Aspekt noch nicht verstanden hatte und deshalb dem Patienten nicht gerecht wurde. Er kann sich dafür entschuldigen und vom Patienten wieder etwas lernen.

7. Nehme ich meine Gefühle in der Therapiesitzung wahr?

Es kann sein, dass ich mich als Therapeut so sehr auf den Inhalt des Gesprächs konzentriere, dass mir meine Gefühle lästig bei der Arbeit sind oder sie mir nicht der Beachtung und Rede wert erscheinen. Macht mich ein Ereignis sehr betroffen, ärgert mich die Distanzlosigkeit, ängstigt mich eine unausgesprochene Aggressivität, reagiere ich deprimiert angesichts des als ausweglos geschilderten Gefühlschaos meines Patienten, freut mich die Veränderung in Kleidung und Auftreten, bin ich traurig, weil der Abschied von einem lieb gewonnenen Menschen ansteht? Das in der Therapiestunde auftretende Gefühl des Therapeuten ist oft sein wichtigstes Diagnostikum. Es ist auch Zeichen von „in Beziehung mit dem Patienten sein“, indem der Therapeut durch seine Gefühle auch mit sich selbst in Beziehung steht. Es kann mir als Therapeut auch auffallen, dass ich mich auf die nächste Therapiestunde freue, da der Patient zu meinem Sonnenschein geworden ist.

8. Kann ich aus meinem Gefühl ableiten, wozu der Patient mich bringen möchte?

Da Gefühle die Funktion haben, den Menschen zu einem Handeln zu bewegen, kann es sein, dass der Patient die unbewusste Absicht verfolgt, dieses Handeln bei mir als Therapeut zu evozieren. Oft wird eine Wiederholung früherer Beziehungserfahrungen inszeniert. Sei es eine erhoffte wie das Umschwärmtwerden, sei es eine gefürchtete wie das Abwenden aus Langeweile. Therapeuten, die nicht tiefenpsychologisch geschult sind, halten ihre Gefühle nicht selten für ein Zeichen ihrer unprofessionellen Seite und nehmen sie nicht wichtig genug. Dabei sind sie das, was der Patient mit uns gemacht hat, sind die psychische Bewegung, die er in uns hervorgerufen hat, sind sein Beziehungsangebot. Er hat sich in eine Rolle begeben, z. B. die des unfähigen Lehrlings, und weist mir dadurch die Komplementärrolle zu, etwa die des unzufriedenen strengen Lehrmeisters. Seine unbewusste Regie will mich zu einem bestrafenden Verhalten bewegen, ihn z. B. zu kritisieren oder abzuwerten oder wegzuschicken. Oder er stellt sich als armes, leidendes Opfer dar, das mein Herz erweicht, ein Mitgefühl erweckt und mich zu Trost und hilfreicher Fürsorgemotiviert.

9. Kenne ich dysfunktionale Beziehungsmuster des Patienten aus seinen früheren Beziehungen?

Die durch die Anamnese bekannte Geschichte der wichtigen Beziehungen im Leben des Patienten lassen in mir die Vermutung aufkommen, dass sich oftmals wiederholende, sehr ähnliche und markante Beziehungserfahrungen überzufällig häufen. Diese Häufungen lassen sich nicht durch das Kausalitätsprinzip erklären. Das ist Konstruktion des eigenen Unglücks im Sinne von Watzlawick (Watzlawick et al. 1969, 1979) oder Wiederholungszwang im Sinne Freuds. Wie und wozu macht der Patient das? Doch zunächst: Wie lässt sich das dysfunktionale Muster beschreiben und benennen? Da kann eine wiederkehrende Erfahrung von Unwichtigsein stattfinden oder ein Unbeachtetbleiben, einfach vergessen zu werden. Oder immer als die kleine Dumme hingestellt werden. Oder Kronprinz sein, den die anderen mit ihrem Neid verfolgen. Oder in einem Beziehungsdreieck die Betrogene sein. Oder die immer wieder Misshandelte oder Missbrauchte. Es kann auch sein, dass ungeachtet großer innerer Not die Rolle des Pflegeleichten eingenommen wird oder die Rolle des Tüchtigen, der es schon selbst schafft, obgleich es gar nicht zu schaffen ist. Dysfunktionale Beziehungsmuster führen definitonsgemäß zu einem frustrierenden Erlebnis, das ein immer wieder gleiches Unglück herstellt.

10. Kann ich dysfunktionale Anteile seines Beziehungsangebots mir gegenüber erkennen?

In der therapeutischen Beziehung können sich durch die Neuartigkeit der Therapiesituation zwar ganz neue dysfunktionale Interaktionsmuster einstellen, aber meist wiederholt der Patient seine alten dysfunktionalen Interaktions- und Beziehungstereotypen. Innerhalb kurzer Zeit gelingt es ihm unbewusst, die Patient-Therapeut-Beziehung ganz individuell auszugestalten, so dass der Therapeut sich ihm gegenüber anders verhält als anderen Patienten gegenüber. Es mag mir schmeicheln oder mich in meiner Haut unwohl fühlen lassen, wenn eine Patientin mich idealisiert. Aus ihrer Geschichte kenne ich das typische Schicksal dieser Konstellation. Es mündete stets in unerträgliche Enttäuschung, die depressiv machte. Und es wird auch in unserer Beziehung so ablaufen, wenn wir es nicht therapeutisch aufgreifen. Oder Wünsche werden nicht angesprochen, aber es wird erwartet, dass der Therapeut diese erfüllt. Es kann auch eine Übergefügigkeit sein oder eine freundliche Anpassungsbereitschaft, durch die wichtige Beziehungsaspekte ausgeklammert werden. Da kann eine durchgängige Passivität in eine sehr aktive Rolle drängen. Oder eine Patientin füllt den Raum nicht nur wegen ihrer Leibesfülle so sehr aus, dass sich der Therapeut an die Wand gedrängt fühlt. Da kann aber auch ein Herr herein schreiten, demgegenüber der Therapeut sich klein und inkompetent fühlt, so dass es schwierig wird, dass der Patient sich anvertrauen kann.

11. Kann ich erkennen, was der Patient durch sein dysfunktionales Interaktionsangebot Positives erreichen will?

Die Verhaltensweisen des Patienten vereinen nicht selten drei Motive: positive Zuwendung, ängstliche Vermeidung und aggressiven Angriff. Bei dysfunktionalen Beziehungsangeboten kann vor allem die positive Zuwendung nur noch schwer zu entdecken sein. Ein Patient beschwert sich bei seinem Hausarzt über mein langes Verweilen bei der Biographie. Sein positives Anliegen kann sein, einen aktiven Therapieprozess in Gang zu setzen. Ein anderer Patient attackiert mich, weil ich ihm vorschlage, sich geschulden zu lassen. Er will vor diesem Schritt erst einmal das Gefühl bekommen, sich von mir versorgt und geschützt fühlen zu können. Eine Patientin berichtet aufgebracht, wie sie zu Unrecht von ihrem Vorgesetzten gemißregelt wurde. Sie will meine Bestätigung ihrer Sichtweise und meine Parteinahme für sie. Ein Patient erwähnt, dass er in seiner Abteilung Monatsbester war. ER will sich ein großes Lob auch vom Therapeuten holen. Oder eine Patientin ist ratlos, wie sie die Einladung zum Abendessen bewältigen soll. Durch ihren Ausdruck von Inkompetenz will sie mich motivieren, ihr kompetenter Helfer und Ratgeber zu sein.

12. Kann ich erkennen, was der Patient durch sein dysfunktionales Interaktionsangebot vermeiden will? Es ist spannend, die unzähligen Vermeidungen im Interaktionsverhalten des Patienten zu entdecken. Das viele Reden soll oft verhindern, dass der Therapeut den aktiven Part übernimmt und den weiteren Ablauf steuert. Ganz lieb sein soll auch mich ganz lieb machen und Strenge verhindern. Charmante Gesprächsaufnahme soll vielleicht mein Weggehen verhindern. Seine Schwächen hervorkehren soll eventuell verhindern, dass ich neidisch mit dem Patienten rivalisiere. Eine verbindliche Art verhindert Gegnerschaft. Auch ein grob bissiges Verhalten soll mich von einer verletzenden Attacke abhalten. Sehr freundliches Verhalten will verhindern, dass ich unfreundlich werde. Sehr taktvolles Benehmen soll mich in den Grenzen des Taktgefühls halten. Betont intim-vertrauliches Sprechen soll mich abhalten, ungeschützte Öffentlichkeit herzustellen. Vernunftbetonte Kommunikation will verhindern, dass es zwischen uns zu emotional wird. Einsilbig-langweilendes Erzählen hält den Zuhörer davon ab, durch emotionale Beteiligung zu nah zu kommen. Die beispielhaft genannten Vermeidungstendenzen können das Motiv der betreffenden Verhaltensweisen sein. Im Einzelfall können sie aber ganz andere Intentionen haben.

13. Kann ich die Beziehung so gestalten, dass weder ein pathogenes Beziehungsmuster aus der Biographie des Patienten wiederholt wird, noch forciert deren Gegenteil produziert wird?

Meist folgen wir unwillkürlich dem unbewussten Auftrag des Patienten. Dieser besteht häufig darin, so zu sein wie der frustrierende Elternteil früher war. Also verhalten wir uns ebenso bestimmend oder vernachlässigend, kontrollierend oder ignorierend wie dieser. Manchmal kommt aber auch die Botschaft bei uns an „Mich darfst du nicht überfordern!“ oder „Verletze mich nicht!“ Also ertappen wir uns dabei, einen Patienten mit Samthandschuhen anzufassen, weil er ja so Schlimmes erlebt hat. Ob ich nun unreflektiert meinen Gegenübertragungsgefühlen folge und in die Fußstapfen des wichtigen Elternteils trete oder ob ich betont das Gegenteil tue, ich bin unfrei in meiner Beziehungsgestaltung. Wie gelingt es mir also, mich aus dieser Beziehungskonstruktion herauszulösen? Was ist die befreiende dritte Alternative? Thematisieren und Verhandeln hilft, den richtigen Weg zu finden. So kann zunächst das Bedürfnis nach Schonung validiert werden.

Dann können seine Ressourcen mobilisiert werden, die ihm Kraft geben, sich selbst zu schützen. Bleibt dann noch Schutzbedürftigkeit übrig, so kann der Therapeut sich bereit erklären, diesen Teil vorläufig und zugleich zuverlässig zu übernehmen.

14. Kann ich eine Prognose stellen bezüglich des zu erwartenden Beziehungstests?

Bei den meisten Patienten laufen wir nicht Gefahr, in eine Beziehungszerstörende Falle zu geraten. Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen oder emotionalen Entwicklungsdefiziten (Frühstörungen bzw. strukturelle Defizite im Sinne der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie) neigen jedoch dazu, ihr destruktives Kindheitstrauma auch in der therapeutischen Beziehung zu wiederholen. Weiss und Sampson (1968) nannten diese als Wiederholungszwang auftretende Reinszenierung Beziehungstest. Die Psychoanalyse erklärt diesen durch den Vorgang der projektiven Identifizierung (z. B. Slipp, 1973, 1984). Am eindrücklichsten müssen wir dies mit Borderline-Patientinnen erfahren. Die zentrale Beziehungsangst des Patienten weist auf die Bedrohung hin, auf die der Beziehungstest hinsteuert. Der Patient konstruiert einen dysfunktionalen repetitiven Interaktions- und Beziehungstyp, der den Therapeuten immer mehr in eine Rolle einbindet, die extrem frustrierend oder gar retraumatisierend auf den Patienten wirkt. So kann ein sehr geduldiger und skrupulöser Therapeut sich monatelang mit Schuldgefühlen und Angst um das Leben seines suizidalen Patienten quälen, bis er es schließlich nicht mehr aushält und sagt: „Dann bringen Sie sich eben um!“ Endlich ist es ausgesprochen – der Patient war schon lange überzeugt, dass der Therapeut so einer ist.

15. Habe ich eine Intervention vorbereitet, die den Beziehungstest nutzen kann, so dass eine korrigierende emotionale Erfahrung erfolgt?

Der Therapeut tritt sehenden Auges in die Falle. Ihm ist bewusst, auf was es bei dem Patienten ankommt und genau der Fehler, der nicht hätte sein dürfen, passiert. Er weiß, welche Bedeutung für eine Patientin seine Zuverlässigkeit hat. Er bemüht sich sehr um sie. Er gibt ihr noch einen ausnahmsweisen Termin nach der normalen Sprechstundenzeit. Und er vergisst diesen Termin, obwohl er am Morgen noch daran gedacht hatte. Beides geschieht höchst selten, der Ausnahmetermin und das Vergessen eines Termins. Warum gerade bei dieser Patientin? Die Psychoanalytiker nennen den Vorgang projektive Identifizierung. Zumindest ist eine Fehlleistung, die wohl überzufällig häufig dann passiert, wenn man besonders darauf achten wollte, dass es nicht geschieht. Idealerweise hat der Therapeut dann seinen „Notfallkoffer“ gut bestückt, um das Richtige tun zu können. Es gilt, sich der maßlosen Wut des zutiefst gekränkten Narzissten zu stellen, denn man hat ja die Kränkung tatsächlich verursacht. Seine Wut muss validiert werden und sie muss wirksam sein, nicht im ursprünglich destruktiven Sinne, sondern indem sie eine sehr spürbare Wirkung auf den Therapeuten hat, wie dessen Betroffenheit zeigt, wie wenig dieser sich mit Hilfe seiner Psycho-Interpretationen rechtfertigt oder gar dem Patienten seine Charakterpathologie spiegelt. Es ist geschehen, der Therapeut hat Schaden angerichtet, er ist sehr betroffen angesichts dieses Schadens und er sagt sehr deutlich, dass es sein Fehler war. Er bespricht mit dem Patienten, wie er künftig diesen Fehler verhindern kann und bittet ihn darum, ihm dabei zu helfen.

16. Fördert die therapeutische Beziehung ausreichend die Veränderungsmotivation des Patienten? Alle bisher betrachteten Aspekte der therapeutischen Beziehung münden in den Prozess der Förderung oder der Hemmung von Veränderung und persönlicher Entwicklung des Patienten. Betrachtet man die Akzeptanz des Selbst und des Istzustandes als notwendige Voraussetzung für weitreichende und stabile Veränderungen, so hat der Therapeut damit auch einen Gradmesser für ausreichende Förderung der Veränderungsmotivation. Um Selbstakzeptanz zu erreichen, ist wiederum eine Beziehung notwendig, die die zentralen Bedürfnisse des Patienten befriedigt. Bedingungslose Bedürfnisbefriedigung ist Ausdruck der Akzeptanz und damit ist der Therapeut Modell für diesen basalen Prozess. Aber auch die Reduktion der zentralen Ängste durch die therapeutische Beziehung lassen ihn wagemutiger Veränderungen anpacken. Wenn die Patient-Therapeut-Beziehung zudem Raum für den Ausdruck von Wut auf die Verursacher und Auslöser seines Missgeschicks gegeben hat und diese nicht mehr als Hindernis im Wege steht, weil sie noch nach Vergeltung schreit, hat die therapeutische Beziehung den dritten Teil ihrer wegbereitenden Aufgabe ebenfalls erfüllt. Sie hilft damit, die Ressourcen des Patienten freizulegen und für die anstehenden Veränderungsschritte zu nutzen.

17. Ist die Therapiebeziehung ausreichend stützend/fördernd? Stützen ist da erforderlich, wo der Patient aus eigener Kraft eine Erfahrung nicht emotional bewältigen kann, Fördern bezieht sich mehr auf seine handelnde Meisterung. Wenn es dem Patienten sehr schlecht geht, wenn

er einen Misserfolg erlitten hat, wenn er enttäuscht ist oder von jemandem sehr unfair behandelt wurde, so ist die empathische oder sympathische Resonanz von Seiten des Therapeuten eine große Stütze. In welchem Ausmaß lasse ich den Patienten also die Last seines Problems und seiner Veränderungsbemühungen allein tragen und bin nur Kommentator und Lotse? Oder gebe ich ihm immer wieder das Gefühl, dass ich in der Not für ihn da bin und er emotionale Last bei mir abladen kann, um danach wieder gestärkt den Widrigkeiten seines Lebens trotzen zu können? Das rechte Maß an Stützung zu finden ist manchmal schwer, zu viel lässt vermehrt die Anlehnung suchen, zu wenig überanstrengt. Ähnlich ist es mit dem Fördern von Veränderungsorientierten Aktivitäten des Patienten. Zu viel Fördern nimmt dem Patienten die eigene Arbeit ab, zu wenig bürdet ihm Aufgaben auf, denen er allein noch nicht gewachsen ist. Zu früh abverlangte

Verselbstständigung kann die therapeutische Beziehung überstrapazieren. Das weggeschickt werden, um etwas zu meistern, ohne Wegweisung und Proviand mitzubekommen, kann zentrale Beziehungsbedürfnisse über Gebühr frustrieren. Viele wollen nicht hinausgeschickt werden, sondern sie wollen zuerst ankommen und auftanken dürfen, und erst dann wieder gehen, wenn sie selbst den Wunsch dazu verspüren. Sie wollen Art und Zeitpunkt der ersten Veränderungsschritte selbst bestimmen. „Machen Sie mal“ ist für sie zu direktiv. Erörtern, welcher Schritt dran ist, ob die Ressourcen reichen, welche Folgen Niederlagen hätten, wie denen begegnet werden könnte. Sich sammeln, Mut fassen, um dann den Schritt zu wagen, ist für sie ein innerer Prozess, den der Therapeut zwar stützend und fördernd begleiten kann, ohne aber den emotionalen und zeitlichen Takt des Patienten durch seine Direktiven zu stören.

18. Ist die Therapiebeziehung ausreichen konfrontierend/herausfordernd?

Eingelullt in eine verwöhnende Therapiebeziehung könnte mancher Patient lange Zeit verweilen, ohne die anstehenden therapeutischen Veränderungen anzupacken. Seine sehr starke Vermeidungstendenz sorgt dafür, dass er eventuell von sich aus zu lange eine entlastende Pause nehmen möchte. Hat aber ausreichend Befriedigung von zentralen Bedürfnissen stattgefunden, wurden zentrale Beziehungsängste reduziert und ist damit die Therapiebeziehung so tragend geworden, dass die persönlichen und sozialen Ressourcen des Patienten verfügbar sind, so kann er mit seinem Vermeiden und dessen Auswirkungen konfrontiert werden und seine Sicht der Realität kann korrigiert werden, so dass er immer weniger Rechtfertigung hat, sich weiterhin so wie bisher zu verhalten. Die Konfrontation kann durchaus so provokativ sein, dass dem Patienten ein Schaudern und Frösteln den Rücken hinunter rieselt. Oder mit Humor und Witz gewürzt, so dass die emotionale Bewegung durch das gemeinsame Lachen erfolgt. Die alte Weltsicht des Patienten kann so weitgehend falsifiziert werden, dass er verwirrt ist. Dies alles wird getragen durch die zuvor aufgebaute stabile therapeutische Beziehung. Herausfordern durch Verlocken, aber auch durch Widerspruch, durch Ehrgeiz anstacheln, aber auch durch Einladen, durch Neugier wecken, aber auch durch bewährte Fähigkeiten unter Beweis stellen. Ist eine deutliche emotionale Begleitreaktion bemerkbar, während der Patient seine Entscheidung trifft, so kann der Therapeut sicher sein, dass ein wirklich neuer Schritt erprobt wird.

19. Bietet die Therapiebeziehung ausreichend Nähe und Warmherzigkeit?

Geborgenheit, Wärme und Schutz sind in der Notsituation des Patienten, der durch Symptombildung in seiner Lebens- und Beziehungsgestaltung gescheitert ist, nicht selten zu Beginn der Therapie ein großes Bedürfnis. Ist der Therapeut in dieser Therapiephase kühl und sehr Vernunft bezogen, wirkt er auf den Patienten wie ein ungeheizter Ofen. Es bleibt eine zu große Distanz, um sich vorübergehend anlehnen zu können, und es fehlt die Wärme, um sich öffnen zu können. Der Patient fühlt sich eher allein und bleibt in seinen Zugehörigkeits- und Bindungsbedürfnissen unbefriedigt. Also gehört es zu den „basic skills“ des Therapeuten (Kanfer, 1998), zeitweise einem Patienten das Ausmaß an Nähe anbieten zu können, ohne das bei ihm eine Bearbeitung wichtiger emotionaler Probleme nicht möglich ist. Intime Selbstaussagen in einer distanzierten Beziehung wecken Schamgefühle, die signalisieren, dass das Intime nicht zu dieser „öffentlichen“ Beziehung passt. Ebenso kann der Patient Warmherzigkeit benötigen, die ihm hilft, sich auf schmerzliche Themen einzulassen. Denn die Beziehung heilt die aufgerissene Wunde schnell wieder. Nähe und Warmherzigkeit schaffen für nicht wenige Patienten die Bedingungen eines Biotops, die optimale Voraussetzung für gesundes Wachstum sind. Kein künstliches Gewächshaus, das zum maximalen Treiben anregt, sondern ein Zulassen und Verfügbarsein, das eigenen Antrieben des Patienten Raum gibt.

20. Bewahrt die Therapiebeziehung ausreichend Abstand und Professionalität?

Kein Entweder-Oder ist die Lösung beim Umgang mit Nähe und Distanz, mit authentischer Warmherzigkeit und Professionalität. Kein Mittelwert und kein Kompromiss sind die Lösung. Vielmehr muss beides Platz

haben, eventuell sogar in derselben Therapiesitzung. Da kann zunächst ein nahes, einfühlsames Begleiten eines intensiven emotionalen Prozesses stattfinden und es kann nach dessen Abschluss der Abstand wieder vergrößert werden. Da kann ein warmherziges Begrüßen und Willkommenheißen die Therapiestunde eröffnen, die dem Patienten das Gefühl gibt, angenommen und gemocht zu werden. Und da kann etwas später auf einen Versuch des Patienten, die Beziehung privat werden zu lassen, ein professionelles Abgrenzen erfolgen. Das Jonglieren mit Nähe und Distanz, mit Warmherzigkeit und Professionalität kennzeichnet das Besondere und die Einmaligkeit der Patient-Therapeut-Beziehung im Vergleich zu anderen Beziehungen. Der Patient darf den Therapeuten nicht in sein psychosoziales System einbauen, sonst verliert dieser seine therapeutische Wirksamkeit. Der Therapeut muss sich trotz seines emotionalen Einlassens der Professionalität der Beziehung bewusst bleiben. Sonst läuft er Gefahr, eigene Bedürfnisse in der Beziehung zum Patienten zu befriedigen. Ist er sich seiner eigenen Beziehungsbedürfnisse bewusst, so kann er sich fragen, ob und inwieweit der Patient diese befriedigt. Oder wie befriedigend für ihn die Befriedigung der Bedürfnisse des Patienten ist.

21. Verändert sich die Therapiebeziehung gemäß der Entwicklung des Patienten?

Ein Patient, der zu Beginn der Therapie Wärme und Geborgenheit braucht, sucht später Verständnis dafür, dass er anders denkt und fühlt als der Therapeut und braucht dessen Wertschätzung für seinen individuellen Umgang mit sich und

seiner sozialen Umwelt. Er will endlich selbständig sein und selbst bestimmen, wie es mit ihm weiter geht. Und dann braucht er schließlich den Therapeuten als Gegenüber, der sich ihm auf einer gleichberechtigten Ebene stellt. Die 14 von Sulz formulierten Beziehungs- und Selbstbedürfnisse (Sulz, 1994; Sulz & Tins, 2000) zeigen in ihrer Abfolge die typischen Entwicklungsschritte des Patienten, die einen jeweils anders interagierenden Therapeuten benötigen. Behält der Therapeut stattdessen seinen gewohnten und durchschnittlich bewährten Interaktions- und Beziehungstyp bei, so kann dies nicht entwicklungsfördernd sein. Sein Typus ist vielleicht in der Anfangsphase optimal oder erst in der zweiten Therapiehälfte. Aber er verschenkt die Chance, durch passende Begleitung die Entwicklung des Patienten zu fördern. Entwicklungsförderung heißt, die Bedürfnisse der jeweiligen Entwicklungsstufe zu befriedigen und die Fähigkeiten dieser Stufe herauszufordern. Geht der Patient auf die nächste Entwicklungsstufe zu, so sollte der Therapeut ihn in seinen bisherigen Bedürfnissen dosiert frustrieren und Anreize schaffen für die Errungenschaften und neuen Freiheitsgrade der nächst höheren Stufe.

QMT06-Bez Therapiebeziehung – Rating des Therapeuten

Sitzungs-Nr. am (Datum)

Bitte beschreiben Sie, wie für Sie in dieser Therapiesitzung die therapeutische Beziehung war. 0 = nicht 1 = etwas 2 = mittel 3= sehr

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Befriedige ich berechnigte Bedürfnisse des Patienten? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Fördert die Therapiebeziehung ausreichend die Veränderungsmotivation des Patienten? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Ist die Therapiebeziehung ausreichend unterstützend/fördernd? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Ist die Therapiebeziehung ausreichend konfrontierend/herausfordernd? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Bietet die Therapiebeziehung ausreichend Nähe und Warmherzigkeit? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Bewahrt die Therapiebeziehung ausreichend Abstand und Professionalität? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Verändert sich die Therapiebeziehung gemäß der Entwicklung des Patienten? | 0 | 1 | 2 | 3 |

Auswertung QMT06

Es ergibt sich

- a) ein Summenwert aus den angekreuzten Werten ja Frage. Qualität der Beziehung (Summenwert):
- b) sowie ein Prozentwert (Prozent des maximal möglichen Werts): = Summenwert geteilt durch Zahl der Items mal 100. Qualität der Beziehung (Prozentwert): %

Ergebnisdarstellung:

QMT06 Therapiebeziehung – Therapeutenrating

PatientIn: Datum des Ratings: 0 = nicht 1 = etwas 2 = mittel 3= sehr

Es kann in das Zahlenfeld 0 1 2 3 z. B. ein Sternchen * gemacht werden, so dass ein Diagramm entsteht.

| Nr. | Beziehungsaspekt | Wert | Diagramm |
|-----|---|------|----------|
| 1 | Bedürfnisbefriedigung | | 0 1 2 3 |
| 2 | Fördern der Veränderungsmotivation | | 0 1 2 3 |
| 3 | Unterstützung, Förderung | | 0 1 2 3 |
| 4 | Konfrontation, Herausforderung | | 0 1 2 3 |
| 5 | Nähe und Warmherzigkeit | | 0 1 2 3 |
| 6 | Abstand und Professionalität | | 0 1 2 3 |
| 7 | Weiterentwicklung der Therapiebeziehung | | 0 1 2 3 |
| SW | Qualität der Beziehung (Mittelwert) | | 0 1 2 3 |
| PW | Qualität der Beziehung (Prozentwert) | | 0 1 2 3 |

QMT11 Einen ungünstigen Therapieverlauf bewirkende Faktoren -Therapieverlaufsspezifische Faktoren, die bei der Bewertung des Therapieergebnisses berücksichtigt werden müssen (ungünstige Ereignisse)

Wichtig ist die Differenzierung unterschiedlich gut verlaufender Therapien. Nach dem Erfassen prognostisch ungünstiger Personvariablen und belastender Umweltfaktoren (QMP03) sind die Geschehnisse während und kurz nach der Therapie hilfreich, um nachvollziehen zu können, wodurch und auf welche Weise eine Therapie so verlief, dass unteroptimale Ergebnisse resultierten (Lutz, 2004a, b). Einerseits zeigt sich oft erst im Lauf des Aufbaus der therapeutischen Beziehung, in welchem Ausmaß eine fehlende Beziehungsfähigkeit des Patienten den Gang der Behandlung erschwert. Andererseits kann seine Umstellungsfähigkeit, wenn es um therapeutische Änderungen geht, erst jetzt wirklich eingeschätzt werden. Zudem sind die ungünstigen Ereignisse während der Therapie Zeugnis der eventuell großen Schwierigkeit, mit einem bestimmten Patienten auf eine konstruktive Weise gemeinsame Arbeit zu leisten. Kann ein psychosomatischer Patient z. B. das psychologische Störungsmodell nicht akzeptieren, so wird er ständig verschiedene Spezialisten aufsuchen und sich nicht auf die notwendige Änderung der psychischen Parameter einlassen. Ein Scheitern der Therapie sollte jedoch nicht im wertenden Sinne von qualifizierter versus unqualifizierter Arbeit festgehalten werden.

Nicht nur die Hypothek der Vergangenheit muss von der Therapie getragen werden, auch belastende Ereignisse während der Behandlung oder nach Abschluss der Behandlung können deutliche Spuren hinterlassen und das Therapieergebnis beeinträchtigen. Ein unerwartet schlechtes Behandlungsergebnis erfordert die Suche nach den Begleitumständen und Ursachen (Lutz et al., 2004a, b).

Es kann wiederum zur Entlastung der Therapeuten beitragen, wenn sie zwar den ungünstigen Verlauf einer Therapie nicht verhindern aber doch dessen Ursachen benennen konnte. Liegt die Verantwortung für diese nicht bei ihr selbst, kann sie sich vor Schuldzuweisungen schützen, die in Zukunft vielleicht mit Auswirkungen auf das Honorar verbunden sein können. Findet sie eine Ursache, die sie selbst beeinflussen kann, so ist ihr die Einleitung vorbeugender Schritte möglich.

Mit der Checkliste „QMT11-VerlaufTherapieverlaufsspezifische Faktoren, die bei der Bewertung des Therapieergebnisses berücksichtigt werden müssen“ können die häufigsten ungünstigen Faktoren erfasst werden:

- Unerwünschte Ereignisse in der Therapie können eine antitherapeutische Entwicklung der Therapiebeziehung (Verbrüderung, Gegnerschaft, Missbrauch, krisenhafte Verschlechterung der Therapiebeziehung etc.) sein oder der Patient kommt nur unregelmäßig zur Therapiestunde oder unterhält mehrere therapeutische Nebenbeziehungen oder bricht die Therapie ab.
- Zwischenzeitliche Erkrankungen wie chronische körperliche oder psychische Erkrankung, Suizidversuche, schwere Rückfälle in die alte Symptomatik mit krisenhafter Zuspitzung, Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik, stationäre psychotherapeutische Behandlung, neu oder wieder erforderliche Medikation (Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.).
- Neue belastende Ereignisse im Leben des Patienten (Trauma, sehr belastendes Life Event wie z. B. Tod des Partners,

Trennung, Scheidung, massive Ehekrise, schwere akute eigene Erkrankung, schwere akute Erkrankung eines nahen Angehörigen, Verlust des Arbeitsplatzes, Auszug erwachsener Kinder).

Zusammenfassend soll diese Checkliste Ereignisse und Entwicklungen dokumentieren, die einen unteroptimalen Verlauf der Therapie und ein ungünstiges Ergebnis nachvollziehbar machen, was bei Fortführungsanträgen im Gutachterverfahren hilfreich sein kann.

QMT11-Verlauf Therapieverlaufsspezifische Faktoren, die bei der Bewertung des Therapieergebnisses berücksichtigt werden müssen (ungünstige Ereignisse)

A Ungünstige Ereignisse während der Therapie

Diese Aufzählung soll Ereignisse und Entwicklungen dokumentieren, die einen unteroptimalen Verlauf der Therapie und ein ungünstiges Ergebnis nachvollziehbar machen. Zum Teil sind sie unbeeinflussbare Schicksalsschläge (a), zum Teil Ergebnis der Therapie (b, c). Im letzteren Fall entschuldigen sie nicht das unteroptimale Ergebnis, sondern sind dessen Bestandteil.

a) Neue belastende Ereignisse im Leben des Patienten

() Trauma

() Sehr belastendes Life Event (z. B. Tod des Partners, Trennung, Scheidung, massive Ehekrise, schwere akute eigene Erkrankung, schwere akute Erkrankung eines nahen Angehörigen, Verlust des Arbeitsplatzes, Auszug erwachsener Kinder)

b) Unerwünschte Ereignisse in der Therapie

() Antitherapeutische Entwicklung der Therapiebeziehung (Verbrüderung, Gegnerschaft, Missbrauch, krisenhafte Verschlechterung der Therapiebeziehung etc.)

d. h.

() Der Patient kommt nur unregelmäßig zur Therapiestunde

() Der Patient unterhält mehrere therapeutische Nebenbeziehungen () Der Patient bricht die Therapie ab

c) Zwischenzeitliche Erkrankungen

() Chronische körperliche Erkrankung, die eine Verbesserung der Lebensqualität unmöglich macht () Chronische psychische Erkrankung

() Suizidversuche

() Schwere Rückfälle in die alte Symptomatik (krisenhafte Zuspitzung)

() Neue psychische oder psychosomatische behandlungsbedürftige Beschwerden () Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik

() stationäre psychotherapeutische Behandlung/en

() neu oder wieder erforderliche Medikation (Psychopharmaka, Schmerzmittel etc.)

.....
.....

B Ereignisse nach der Therapie

Diese Aufzählung soll Ereignisse und Entwicklungen dokumentieren, die einen unteroptimalen Verlauf der Therapie und ein ungünstiges Ergebnis nachvollziehbar machen.

Neue belastende Ereignisse im Leben des Patienten () Trauma

() Sehr belastendes Life Event (z. B. Tod des Partners, Trennung, Scheidung, massive Ehekrise, schwere akute eigene Erkrankung, schwere akute Erkrankung eines nahen Angehörigen, Verlust des Arbeitsplatzes, Auszug erwachsener Kinder)

() Erscheint es Ihnen erforderlich aufgrund dieser Betrachtungen ein Ereignisprotokoll anzulegen, um zu prüfen, inwiefern diesen ungünstigen Ereignissen künftig vorgebeugt werden kann?

Für diesen Fragebogen gibt es kein Auswertungsblatt

Alle QM-Fragebögen und Checklisten können kostenlos als pdf heruntergeladen werden:

<https://vds-skalen.eupehs.org>

LITERATUR

Grundlagen:

Sulz S. K. D. (2017a). Gute Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden. Für PsychotherapeutInnen, die sich in Kurzzeittherapie einarbeiten wollen. München: CIP-Medien

Sulz S. K. D. (2017b). Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen - Band 1: Verhaltenstherapie-Wissen: So gelangen Sie zu einem tiefen Verständnis des Menschen und seiner Symptome. München: CIP-Medien

Sulz S. K. D. (2017c). Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen - Band 2: Verhaltenstherapie-Praxis: Alles was Sie für eine gute Therapie brauchen. München: CIP-Medien

Sulz S. K. D. (2017d). Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. Bericht an den Gutachter. München: CIP-Medien

Qualität:

Sulz, S. (2008b). *Qualitätsmanagement VDS QM-R in psychotherapeutischer Praxis und Ambulanz. Lose-Blatt-Sammlung nach GBÄ-Richtlinien.* München: CIP-Medien

Sulz, S. K. D. (2007). Richtliniengetreues Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten - Kann psychotherapeutische Qualität zeitsparend gesteigert werden? *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 12(2), 216-227.

Sulz, S. K. D. (2005a). Internes Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapiepraxis und die Frage, ob Pflicht zur Kür werden kann. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 10(1), 32-36.

Sulz, S. K. D. (2005b). Internes Qualitätsmanagement in psychotherapeutischer Praxis und Ambulanz. Etablierung, Erweiterung und Kombination mit Qualitätszirkeln - mit Qualitätsmanagement- Handbuch nach DIN EN ISO 9001. München: CIP-Medien.

Sulz, S., Sulz, A. (2008). Video - Einführung in das Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis und Ambulanz. https://www.youtube.com/watch?v=kAWSZV_Soxk