

Serge K. D. Sulz

Selbstreflexion und Selbsterfahrung mit web-basierter E-Health-Unterstützung

(Internet- und mobiltelefonbasierte psychologisch-psychotherapeutische Interventionen IMI)

Self reflexion and self experience with the aid of web-based e-Health tools
(Internet- and Mobile-based psychological interventions IMI)

Internet- und mobiltelefonbasierte psychologisch-psychotherapeutische Interventionen (IMI) sind zu einem festen Begriff geworden, seitdem das E-Health-Gesetz für die Telemedizin erlassen wurde. Umfangreiche Forschung belegt ihre Wirksamkeit. IMI wird heute bei sehr vielen psychischen Erkrankungen in Prävention, Therapie und Rehabilitation eingesetzt. Entweder mit einer App auf dem Smartphone oder mit einer speziell programmierten Webseite am Laptop oder Tablet. Psychoedukation und Übungen erfolgen in der selbständigen Verantwortlichkeit der PatientIn ohne direkten Kontakt mit der PsychotherapeutIn. Sie oder eine AssistentIn begleitet die Aktivitäten der PatientIn per Chat oder E-Mail, vereinzelt auch per Video, gibt Feedback und motiviert zum Weitermachen. Das ist E-Learning auf Selbsterfahrung und Psychotherapie angewandt. In diesem Aufsatz wird die SKT-Selbstenwicklung als webbasierte Selbsterfahrung und Selbstreflexion beschrieben. Sie kann therapiebegleitend für PatientInnen mit einer psychischen Erkrankung eingesetzt werden oder von Menschen ohne psychische Krankheit, um den eigenen Umgang mit sich selbst, seinen Gefühlen und anderen Menschen befriedigend zu machen. Ein sehr wichtiger Anwendungsbereich sind die Selbsterfahrung in der psychotherapeutischen Weiterbildung und die Selbstreflexion im Psychotherapiestudium.

Schlüsselwörter

Selbstenwicklung, Selbsterfahrung, Selbstreflexion, Psychotherapie-Ausbildung, Weiterbildung, E-Health, Telemedizin, Internet- und mobiltelefonbasierte psychologische Interventionen IMI, E-Learning

Internet and Mobile phone-based psychological-psychotherapeutic interventions (IMI) have become a household name since the eHealth Telemedicine Act was enacted. Extensive research proves their effectiveness. In many mental illnesses, IMI is used in the fields of prevention, therapy and rehabilitation. Either with an app on the smartphone or with a specially programmed website on the laptop or tablet. Psychoeducation and exercises take place in the independent responsibility of the patient without direct contact with the psychotherapist. The psychotherapist or an assistant accompanies his activities via chat or e-mail, gives him feedback and motivates to continue. This is e-learning applied to

self-experience and psychotherapy.

In this essay, SKT self-development is described as web-based self-experience and self-reflection.

It can be used in conjunction with therapy for patients with mental illness or people without mental illness in order to make their own dealings with themselves, their feelings and other people.

A very important area of application is self-experience in psychotherapeutic training and self-reflection in studies of psychotherapy at the university.

Keywords

self-development, self-experience, self-reflection, psychotherapy education, continuing education, e-health, telemedicine, Internet and Mobile-based psychological interventions IMI, e-learning

Anlässe und Formen der Selbsterfahrung

Wir PsychotherapeutInnen kennen Selbsterfahrung nur aus unserer eigenen Psychotherapie-Aus- und Weiterbildung. Zunächst eine zeitraubende, lästige und teure Pflicht, die wir später aber doch sehr schätzen lernten und sie nicht missen wollten – sofern wir Glück mit unseren SelbsterfahrungsleiterInnen und der Gruppe hatten (Tab. 1).

Viel mehr Menschen, die nie in psychotherapeutische Behandlung gingen, würden das, was sie versucht haben, um sich selbst und ihre Beziehungen besser zu verstehen, auch als Selbsterfahrung bezeichnen. Wir würden dazu aber in den meisten Fällen Selbstreflexion sagen, da wir das denkende Verstehen-Wollen als hauptsächlichen Prozess betrachten würden, wobei wir die emotionale Erfahrung als Kern der Selbsterfahrung dabei eher geringer sehen würden.

Ohne es anzustreben, haben viele Menschen einen mächtigen Selbsterfahrungsprozess hinter sich, weil ihre Lebensumstände unvorhergesehen sehr schwierige oder gar krisenhafte Momente ergaben, die zu tage- bis monatelangem Ringen führten, um das seelische Gleichgewicht wieder zu erlangen. Wer aber nur von einem schweren Schicksalsschlag getroffen wurde, und ihn irgendwie ausgehalten hat, macht nicht zwangsläufig einen Selbstreflexions- und Selbsterfahrungsprozess durch. Erst das gedankliche Erkennen - Verhaltenstherapeuten würden heute sagen, das metakognitive Reflektieren der affektiven Bedeutung des emotional Erlebten - macht daraus eine Erfahrung, die mir wertvolle Einsichten auf meinen weiteren Lebensweg gibt. Tiefenpsychologen nennen das Mentalisierung. Und Viktor Frankl (1997) würde das Sinnthema ansprechen.

Wer psychische oder psychosomatische Symptome entwickelt und ein halbes Jahr auf einen Therapieplatz warten muss, mag es vielleicht nicht bei dem Warten belassen. Zu sehr plagt ihn sein Leiden. Er geht ebenfalls auf die Suche nach Möglichkeiten, sich und seine Symptome besser zu verstehen und diese schon früher etwas zu lindern.

Ob es nun das lange Warten im Wartezimmer oder das monatelange Warten auf einen Therapieplatz ist, die Zeit lässt sich nutzen. Statt es aber der begrüßenswerten Eigeninitiative der PatientInnen zu überlassen, kann von psychotherapeutischer Seite aus zu diesem Zeitpunkt bereits ein Selbstreflexions- oder gar Selbsterfahrungsprozess in Gang gesetzt werden.

Wer zwar objektiv behandlungsbedürftig ist, jedoch zu weit von einer Behandlungsstätte wohnt bzw. dessen Lebensumstände einen regelmäßigen Besuch einer psychotherapeutischen Praxis oder Ambulanz nicht zulassen und sich (noch) nicht entscheiden kann, in eine psychotherapeutische Klinik zu gehen, kann ebenfalls auf Selbsterfahrung zurückgreifen – in der Form, die für ihn machbar ist (Tabelle 2).

Tabelle 1: Anlässe von Selbsterfahrung und Selbstreflexion

Psychotherapiestudium in der Universität
Psychotherapieausbildung Psychologische Psychotherapie
Ärztliche Weiterbildung Psychotherapie
Emotionale Entlastung im psychosozialen Beruf
Bewältigung einer sehr belastenden Lebenssituation
Selbstfindung nach einem Irrweg in der Lebensgestaltung
Selbsttherapie, so lange keine Kassenbehandlung verfügbar ist
Therapiebegleitendes Selbstmanagement

Rückfallprävention nach einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung

Sehr wichtig ist das therapiebegleitende Selbstmanagement der PatientIn (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012). Das kann als reines Hausaufgabenkonzept erfolgen, so dass die PatientIn das in ihr alltägliches Leben überträgt, was die TherapeutIn ihr empfiehlt. Die TherapeutIn kann ihr aber auch mehr Selbständigkeit überlassen und ihr z.B. ein Selbstentwicklungsbuch als paralleles Therapie-Arbeitsbuch (Sulz, 2009) in die Hand geben, mit dessen Hilfe sie einem mit der Therapie synchron laufenden Entwicklungsprozess folgt und die sich aus diesem ergebenden Erfahrungen in die Therapie einbringt. Dadurch übernimmt die PatientIn mehr aktive Arbeit und mehr Verantwortung.

Ein weiterer Anlass zur Selbsterfahrung ist das Beenden einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung im Bemühen, die Rekonvaleszenz zu optimieren und Rückfallprophylaxe zu betreiben. Spätestens hier taucht aber der Begriff der Selbsthilfe auf, den wir von Selbsthilfegruppen bei verschiedenen psychischen Erkrankungen kennen (z.B. Essstörungen, Alkoholkrankheit, Angststörung).

Selbsthilfe ist begründet auf dem Mangel an oder den zu hohen Kosten von professioneller Hilfe oder als Schritt in mehr Selbständigkeit nach Therapieende. Ein vorhandenes Leid oder Leiden soll damit gelindert oder dem Rückfall in eine gerade abgeklungene Krankheit soll vorgebeugt werden. Der Vorteil ist, dass die Schicksalsgemeinschaft der Gruppenmitglieder viel Solidarität erfahren lässt. Der Nachteil ist, dass keine systematischen kontinuierlichen Selbsterfahrungsprozesse ablaufen, was andererseits aber auch wieder problematisch sein könnte (wirksame Interventionen ohne fachliche Begleitung). Bei Selbsterfahrung und Selbstreflexion bewegen wir uns also nur zum Teil im Bereich der Krankenversorgung (Prävention, Wartezeit-Management, Nachsorge, Rückfallprophylaxe). Zum andern Teil geht es um Psychohygiene, Stressbewältigung, Selbstfürsorge und auch um die Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit und der Beziehungen. Hinzu kommt die Qualifizierung von PsychotherapeutInnen.

Tabelle 2: Durchführungs-Varianten von Selbsterfahrung

Einzel-Selbsterfahrung bei einer ausgebildeten PsychotherapeutIn (Selbstzahlerbasis)
Gruppen-Selbsterfahrung bei einer ausgebildeten PsychotherapeutIn (Selbstzahlerbasis)
Gruppen-Selbsterfahrung unter Leitung einer erfahrenen klinischen PsychologIn, PädagogIn oder SozialpädagogIn (Selbstzahlerbasis)
Selbsthilfegruppe (kostenlos bzw. Beteiligung an entstehenden Raumkosten etc.)
Mit Selbsthilfe-Büchern und Ratgebern (z.B. Sulz, 2017d)
Therapiebegleitende Selbstentwicklung (Sulz, 2009)
Offline-Selbsterfahrung mit E-Learning-CD (z.B. Sulz, 1998)
Webbasierte online-Selbsterfahrung (z.B. Sulz, 2019)
Eine Mischung aus obigen Anwendungsmöglichkeiten

Einzel-Selbsterfahrung ist für viele Menschen ein Luxus, den sie sich nicht leisten können. Wer diese Form nicht braucht, wie die in Ausbildung befindlichen PsychotherapeutInnen, wird diese aus Kostengründen nicht beginnen können und wollen.

Gruppen-Selbsterfahrung ist für durchschnittlich Verdienende durchaus zu leisten und vereinigt die meisten Vorteile (emotionales und soziales Lernen etc.). Wenn der Anlass eine große psychische Belastung ist, die auch zur Erkrankung hätte führen können, sollte die Leitung der Gruppe psychotherapeutische Qualifikation aufweisen. Ansonsten ist keine psychotherapeutische Approbation notwendig, wenn die Leitung einen psychosozialen Beruf mit großer klinischer Erfahrung hat.

Selbsthilfegruppen ergänzen das Versorgungsnetz bei psychischen Erkrankungen, können aber nicht als Selbsterfahrung bezeichnet werden.

Selbsthilfebücher und Ratgeber, die es in großer Zahl mit durchaus hoher Qualität gibt (z.B. Achtsamkeit: Burkhardt, 2007; Alkohol: Dombrowski, 2004; Zwänge: Eckert, 2018; Prüfungsangst: Eschenröder, 2000; Tinnitus: Horn, 2005; Sexualität: Kulbartz-Klatt, 2014; Emotionen: Miethge, 2002; Borderline-Syndrom: Sender, 2000; Brustkrebs: Steinweg, 2010; Schmerzen: Stenzel, 2004; Depression: Sulz, 2017d; Rauchen: Unland, 2000), können nur ein zusätzliches, durchaus nützliches Vehikel sein, aber keinen tiefgehenden Selbsterfahrungsprozess ausmachen.

Anders ist es mit therapiebegleitenden Selbstentwicklungsprogrammen wie dem „Praxis-Manual zur Strategischen Entwicklung des Selbst und der Beziehungen“ (Sulz, 2009). Dieses bietet in 25 Entwicklungswochen wöchentliche Arbeitsblätter (mit dem Ziel metakognitiven Verstehens emotionaler Prozesse) und Experimente (mit dem Ziel eines konstruktiven Umgangs mit Bedürfnissen, Ängsten, weiteren Emotionen und Beziehungen). Es entspricht im Aufbau und in der Abfolge exakt dem strategisch-behavioralen Therapieansatz (Sulz, 2017a). TherapeutInnen können auf die affektiv-kognitive Entwicklungstheorie (Sulz, 2012b; 2017b) zurückgreifen, ein ganzheitliches Therapiekonzept anwenden, das sich vom gegenwärtigen Eklektizismus in der Verhaltenstherapie abhebt und die mündigen PatientInnen am absolut individuellen Zuschnitt therapeutischen Vorgehens beteiligen, bis diese schließlich das Steuer selbst in die Hand nehmen und ihr ganz persönliches Konzept der Selbstentwicklung entfalten. Das stellt eine große Entlastung für die TherapeutIn und ein großer Zugewinn an Selbstwirksamkeitserfahrung für die PatientInnen dar.

Wenige Jahre nach Erscheinen der „Strategischen Kurzzeittherapie SKT“ (Sulz, 1994) stand ein Offline-Selbsterfahrungsprogramm als „Persönlichkeitsentwicklung“ auf einer

E-Learning CD (Sulz, 1998) zur Verfügung, das in Verbindung mit dem psychologischen Lesebuch „Als Sisyphus seinen Stein losließ. Oder: Verlieben ist verrückt“ (Sulz, 2012a) zu einem zügigen Einstieg in eine auch tiefere Selbstwahrnehmung führte.

Kürzlich wurde das Konzept einer webbasierten Online-Selbsterfahrung (SKT-Selbsterwicklung: Sulz, 2019) einerseits als nicht-klinisches E-Learning zur Selbstentwicklung gesunder Menschen und andererseits als gesundheitsförderndes E-Health- und Telemedizin-Angebot zur Förderung des Gesundungsprozesses fertiggestellt, das hier vorgestellt werden soll. Das E-Health-Gesetz von 2015 lässt den Einsatz elektronischer Medien auch in der Krankenbehandlung zu und legt sehr strenge Datenschutz-Bedingungen fest.

Internet- und Mobiltelefon-basierte psychologische und psychotherapeutische Interventionen IMI (E-Health und Telemedizin)

Ebert, Berking, Cuijpers, Lehr, Pörtner. & Baumeister (2015) kategorisieren IMIs (Internet- and Mobile-based psychological interventions) nach der eingesetzten Technologie, nach dem Umfang realen menschlicher Unterstützung, nach der zugrundeliegenden Theorie und nach den Indikationen und Einsatzgebieten.

Techniken (Lin, Ebert, Lehr, Berking & Baumeister, 2013):

- evidenzbasierte Strategien als interaktive Selbsthilfe-Lektionen
- virtuelle Realität z.B. für Expositionen
- ernsthafte Spiele, um wirksame soziale Interaktionen zu üben
- avatargeleitete Sitzungen
- computerisierte Rückmeldungen und Bestätigungen
- tragbare Sensoren inkl. Telefonate
- Video-Kommunikation.

Theoretischer Hintergrund:

Am häufigsten wird von der Kognitiven Verhaltenstherapie ausgegangen, bei denen Gedanken und Verhalten modifiziert werden soll. Neuere behaviorale Ansätze beziehen Emotionen und auch die Psychodynamik der Motive mit ein (z.B. Sulz, 1998). Aber auch Achtsamkeit und Mentalisierung sind theoretische Ausgangspunkte.

Unterstützung durch reale Menschen:

Während die Interventionen ganz selbständig angewandt werden, wird einmal wöchentlich durch psychologisch ausgebildete Begleiter/Betreuer Feedback gegeben und zum Weitermachen motiviert (Zarski et al., 2016). Dies kann synchron durch Chat oder Video geschehen oder asynchron per e-mail. Letzteres bewahrt für Teilnehmer und Betreuer mehr Flexibilität. Allerdings wird durch die Begleitung dennoch der Zeitaufwand höher, vor allem für die Teilnehmenden.

Anwendungsgebiete:

Stand-Alone IMI

Wenn das IMI die einzige in Anspruch genommene Maßnahme ist, wird von Stand-Alone gesprochen. Ziel kann die Erhaltung von Gesundheit und Lebensqualität oder

Gesundung bei vorliegender Erkrankung sowie Rehabilitation nach einer behandelten Krankheit sein. Gute Erreichbarkeit des Angebots, Unabhängigkeit vom Wohn- oder Aufenthaltsort, zeitliche Flexibilität und auch Anonymität sind gute Gründe für deren Inanspruchnahme. Es gibt sehr viele Menschen, die nicht in der Lage sind, zu einer Praxis in einer entfernten Stadt zu fahren oder die Sprechzeiten einzuhalten. Einige wenige ertragen die Nähe eines Menschen bei einer persönlichen Begegnung nicht. Die Angst vor Stigmatisierung hält manche vom Kontakt mit professionellen PsychotherapeutInnen fern (Henderson, Evans-Lacko & Thornicrof, 2013).

Thiart, Lehr, Ebert, Sieland, Berking, Riper (2013) zeigen am Beispiel von GET.ON Recovery (bei Schlafstörungen) den typischen Aufbau eines Stand-Alone-IMI:

1. Zusammenhang finden zwischen Schlaf und psychologischem Problem
2. Stimuluskontrolle
3. Taktiken zum Grenzen setzen zwischen Beruf und Privatleben
4. Psychoedukation zum Grübeln über berufliche Probleme
5. Metakognitive Techniken wie Achtsamkeit und Aufmerksamkeitstraining
6. Zukunftsplanung

Blended Concepts

Hauptsächliches Vorgehen kann eine face-to-face Psychotherapie sein und IMI wird unterstützend eingesetzt, z.B. damit Hausaufgaben zuverlässig und effektiv durchgeführt werden. Oder IMI ist das überwiegende Vorgehen und face-to-face Kontakte dienen der Unterstützung, damit die Adhärenz bezüglich der online-Interventionen aufrecht erhalten bleibt. Was nicht zwingend des persönlichen Gesprächs bedarf, übernimmt IMI. Die Wirkung von face-to-face Psychotherapie kann durch IMI-Einsatz erhöht werden. IMI verstärkt die aktive Rolle der PatientIn, indem diese sie dazu führt, Ergebnisse der Psychotherapie in ihren Alltag zu übertragen. So werden sie sowohl in der Prävention als auch in der Behandlung von Depressionen eingesetzt (Buntrock, Ebert, Lehr, Cuijpers & Riper 2014; Buntrock, Ebert, Lehr, Riper & Smit, 2015; Buntrock, Berking, Smit, Lehr & Nobis, 2017). Psychologisch-psychotherapeutische IMIs können zudem in der Behandlung von chronischen körperlichen Krankheiten eingesetzt werden.

Stufenweise anpassende Gewichtung von IMI versus Gesprächs-Support (stepped and matched-care approach)

IMI kann auf einer ersten Therapiestufe eingesetzt werden und wenn es nicht ausreichend wirkt, mehr und mehr Gesprächs-Support hinzugenommen werden. Oder umgekehrt, wenn persönlicher Kontakt weniger benötigt wird, arbeitet die PatientIn stufenweise mehr mit IMI (Kok, Bockting, Burger, Smit & Riper, 2014).

Wirksamkeit

Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy & Titov (2010) berichten über große Wirksamkeit von stand-alone-IMI bei Angststörungen und Depression (Effektstärke von 0.88). Daraus schließen Andrews & Williams (2014), dass wir in Zukunft am IMI-Einsatz nicht vorbeikommen. Ebert, Van Daele, Nordgreen, Karekla, Compare, Zarbo, Baumeister (2019) geben eine Übersicht über die Wirksamkeit bei einer großen Zahl psychischer Störungen. Die Untersuchungen von Anderson und Kollegen (Andersson, Paxling, Roch-Norlund, Ostman & Norgren 2012; Andersson, Paxling, Wiwe, Vernmark & Felix, 2012; Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper & Hedman, 2014; Andersson, Topooco, Havik &

Nordgreen, 2016) zeigten keinen Unterschied zwischen IMI und regulärer Psychotherapie im persönlichen Kontakt. Seine Arbeitsgruppen untersuchte auch die therapeutische Beziehung bei begleiteten IMIs. Nicht nur die erwähnten RCT-Studien zeigen deutliche Effektivität. Auch in der klinischen Alltagsversorgung ergeben sich signifikante Effekte (Andrews & Williams, 2014).

Nebenwirkungen und Risiken

Suizidalität gilt oft als Kontraindikation. Was offensichtlich erscheint, muss aber nicht stimmen. Denn IMIs können die Suizidalität senken. Weitere Warnungen betreffen Selbstverletzungen und unpräzise Diagnosen. Allerdings ließen sich bislang keine systematisch auftretenden Nebenwirkungen belegen.

Soweit zur Literatur, die hier nur auszugsweise zitiert wurde. Umfassende Informationen können aus den Veröffentlichungen von Arbeitsgruppen um David Ebert entnommen werden (vor allem Ebert, Van Daele, Nordgreen, Karekla, Compare, Zarbo, Baumeister, 2019), die gesondert im Literaturverzeichnis gelistet sind.

Web-Basierte Online-Selbsterfahrung und Selbstreflexion

Das Vorgehen und der Prozess einer internet- bzw. mobiltelefonbasierten Intervention IMI als Selbsterfahrung und Selbstreflexion werden im Folgenden beschrieben. Dabei wird auf Fragen nach dem Zugang, der Software, dem benötigten Material eingegangen, um dann die web-basierte SKT-Selbstentwicklung bezüglich Inhalt und Ablauf zu beschreiben.

Der Zugang

Zunächst müssen wir den Unterschied zwischen Offline und Online-Programmen kennen. Bei einem Offline-Lernprogramm befinden sich sowohl das Programm (die App) als auch die erzeugten Daten auf dem PC oder Laptop des Anwenders und es ist keine Internet-Verbindung erforderlich. Es werden auch niemals Daten nach außen gegeben. Dadurch ist umgekehrt der verfügbare Informationsumfang sehr begrenzt.

Beim webbasierten Online E-Learning muss kein Programm und keine App heruntergeladen werden. Es wird nur ein Internet-Browser wie beispielsweise Firefox, Safari, Edge oder Chrome benötigt. Die generierten Daten können zwar auch – wenn keine Internet-Kommunikation per Chat, E-Mail oder Skype gewählt wird – auf den PC oder Laptop heruntergeladen werden, sie verbleiben aber geschützt auf der Cloud. Wenn eine persönliche Betreuung gewünscht wird, erfolgt ein Datenaustausch mit der betreuenden Einrichtung oder der BetreuerIn bzw. BeraterIn.

Wer auf diesem Wege Selbsterfahrung und Selbstreflexion beginnen will, kauft sich einen Account, registriert sich auf der Webseite <https://skt-selbstentwicklung.de> und kann starten. Es gibt folgende Möglichkeiten der Intensität der Betreuung:

- a) Ausschließliche Nutzung der elektronischen Selbstentwicklung mit eigener Auswertung der Ergebnisse
- b) Wahl einer BetreuerIn/BeraterIn, die über E-mail wöchentlich Feedback gibt (kostenpflichtig)
- c) Zusätzliche Chat-Kommunikation bei Bedarf
- d) Zusätzliches monatliches Skype-, Facetime- oder Zoom-Gespräch mit der BetreuerIn/BeraterIn (bis zu 30 Minuten)

Dies alles ist im Preis der gewählten Betreuungskategorie enthalten. Darüber hinaus gehende Kontakte werden einzeln abgerechnet.

Im reinen E-Learning-Setting hat die BetreuerIn/BeraterIn einen psychosozialen Beruf und klinische Beratungserfahrung.

Im E-Health-Setting ist dies eine PsychologIn oder Ärztin/Arzt mit psychotherapeutischer Aus- oder Weiterbildung.

Die Software

Bei SKT-Selbstentwicklung handelt es sich um eine Webseite ohne ein zugrunde liegendes Programm-System. Dadurch sind die Möglichkeiten eingeschränkt, bleiben umgekehrt für Programmierende und Anwendende überschaubar. Wer sich registriert hat, kann sich von jedem Ort der Erde aus über einen Browser (Firefox, Microsoft Edge, Safari, Chrome etc.) anmelden und mit SKT-Selbstentwicklung einige Zeit arbeiten. Man kann später an einem ganz anderen Ort genau an der Stelle weitermachen, an der man aufgehört hat. Aufzeichnungen gehen nicht verloren. Nach Abschluss einer Entwicklungswoche (siehe unten) gehen die Ergebnisse an die Betreuung, die eine E-Mail-Antwort schickt, sofern die Betreuungsvariante gewählt wurde. Es gibt gesprochene Texte, weshalb ein eingebauter Lautsprecher notwendig ist, was heute jeder Laptop aufweist. Die Alternative ist das Abhören mit dem Kopfhörer. Für Skype etc. ist eine eingebaute Webcam notwendig, die aber heute auch in jedem Laptop vorhanden ist.

Benötigtes Material

Die psychologischen Grundlagen werden zwar ausführlich erklärt, aber es empfiehlt sich, das psychologische Lesebuch „Als Sisyphus seinen Stein losließ. Oder: Verlieben ist verrückt“ (Sulz, 2012a) parallel zu lesen. Dieses kann in der Stadtbücherei ausgeliehen werden. Viele Textpassagen sind aber auch in die Webseite integriert. Manchmal ist es hilfreich, etwas auszudrucken, aber es ist kein Drucker zwingend notwendig. Ein Ergebnis kann sowohl auf Papier als auch als pdf ausgegeben und auf dem Laptop gespeichert werden. Die SKT-Selbstentwicklung ist in 25 Entwicklungswochen eingeteilt, für die eine Planungshilfe verfügbar ist, die auch die einzelnen Tage strukturiert. Die konsequente Umsetzung dieser Planung ist quasi eine Erfolgsgarantie, so wie die Einhaltung einer maximalen Kalorienzahl pro Tag eine Garantie dafür ist, eine Gewichtszunahme zu verhindern. Das Programm selbst garantiert nichts, nur dessen konsequente Umsetzung. Damit ist allerdings eine Umstellung des Tagesablaufs und der Lebensgewohnheiten für die Dauer von fünf bis sechs Monaten erforderlich. Der persönliche Kalender sieht völlig anders aus als bisher. Wer seinen Tag und sein Leben in der gewohnten Weise beibehält, holt sich zwar wertvolle Einsichten, lässt aber vorerst alles beim Alten. Man kann in einem zweiten Durchgang dann doch noch die Systematik der Selbstentwicklung praktisch umsetzen.

Das SKT—Selbstentwicklungskonzept

Basis ist der Dreierschritt

- a) Wissen aneignen (Texte lesen/hören)
 - b) Verständnis erarbeiten (Bearbeiten von Projekt-Arbeitsblättern)
 - c) Neue Erfahrungen machen (Experimente durchführen und aus ihnen lernen)
- Zuerst werden die Sisyphus-Texte gelesen/gehört. Danach wird jede Woche ein Projekt-

Arbeitsblatt bearbeitet, Aufzeichnungen dazu gemacht und ein erstaunlich tiefes Verständnis der wichtigen Menschen, der Beziehung zu ihnen und der Auswirkungen auf die eigene Persönlichkeit und den bisherigen Lebenslauf erkannt. Die bisherigen eigenen Sichtweisen und Überzeugungen werden als sehr subjektive Interpretationen gesehen, die empirisch überprüft gehören, da sie für die gegenwärtige Welt sicher nicht mehr so zutreffen. Dies geschieht durch Experimente, z.B. die Erfahrung machen, dass meine Bezugsperson nicht mehr auf die alte Weise mit mir umgehen kann, wenn ich ein neues Verhalten zeige.

Die Themenabfolge beruht auf der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie von Sulz (2012b, 2017b), die vereinfacht auch im Sisyphus-Lesebuch (Sulz, 2012b) erklärt wird: Frustrierende und verletzende Erfahrungen mit den Eltern führen zu heutigen zentralen Bedürfnissen, Angst- und Wutformen und nicht selten zu dysfunktionalen Persönlichkeitszügen mit einer maladaptiven Emotionsregulation, die durch eine ebenso dysfunktionale Überlebensregel stabilisiert werden. Ihre Umwandlung in eine neue Erlaubnis-gebende Lebensregel ist die Weichenstellung, die einen neuen Anfang ermöglicht.

Der Ansatz der Entwicklungsstufen nach Piaget (1995) ist in der einfachen Version der SKT-Selbstentwicklung nicht enthalten, da er sehr komplex ist und nur schwer im Selbstlernmodus angeeignet werden kann. Er ist einem Aufbau-Programm vorbehalten, das den hier beschriebenen Grundkurs voraussetzt und noch nicht verfügbar ist. Er ist allerdings in allen Veröffentlichungen sehr ausführlich und praxisnah beschrieben (Sulz, 2009, 2012a,b, 2017a,b,c).

Wie können PsychotherapeutInnen die SKT-Selbstentwicklung einsetzen?

Oben wurde bereits darauf hingewiesen, dass die SKT-Selbstentwicklung therapiebegleitend eingesetzt werden kann – nicht nur wenn man dem SKT-Ansatz der „guten Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden“ (Sulz 2017a) folgt. Ob man selbst mehr kognitiv-behavioral, psychodynamisch oder emotionsfokussiert arbeitet, in jedem Fall kann die SKT-Selbstentwicklung eine hilfreiche Ergänzung sein. Denn durch dieses eigenständige Arbeiten an persönlichen Themen übernimmt die PatientIn gleich mehr Verantwortung und wird immer mehr selbst zum Regisseur ihres Änderungs- und Entwicklungsprojekts, das aus ihrer Psychotherapie resultiert.

Man kann es bei einem reinen Hausaufgaben-Management belassen, das nicht zwingend synchron mit den Inhalten der Therapiesitzungen ablaufen muss. Allerdings müssen 10 Minuten der Therapiestunde den Aktionen und Erfahrungen des SKT-Selbstentwicklungsprogramms gewidmet werden. Die PatientIn arbeitet mit viel mehr Engagement selbständig damit weiter, wenn dies von der TherapeutIn gewürdigt wird und ihre Erkenntnisse ihr wichtig und wertvoll erscheinen.

Es ist aber auch möglich, eine umfangreichere Synchronisierung mit der Therapie zu erreichen, so dass mehr Inhalte der Behandlung auf das Selbstmanagement der PatientIn verlagert werden können und die PatientIn mehr auf ihren eigenen Schultern trägt. Dazu können die Entwicklungsprojekte und -wochen in der Reihenfolge der Themenabfolge in der Therapie angepasst werden. Die Entwicklungswochen spiegeln dann das Vanschieben in der Therapie wider.

Nur selten werden Therapie und SKT-Selbstentwicklung in Inhalt und zeitlichem Verlauf völlig übereinstimmen, auch weil bei jeder PatientIn die für sie beste Passung Abweichungen vom Konzept enthält: Das Konzept folgt der Passung mit der PatientIn, nicht umgekehrt.

Beschreibung des Aufbaus der SKT-Selbstentwicklung

Wer die Strategische Kurzzeittherapie (Sulz, 1994, 2017a,b) und die Strategisch-Behaviorale Therapie SBT (Sulz & Hauke, 2009) kennt, ist mit den Inhalten bestens vertraut. Nur für die PatientInnen ist es Neuland, das zu betreten sehr spannend und aufregend ist. Es beginnt mit einer sehr ausführlichen Einleitung und Einstimmung. Danach starten die 25 Entwicklungswochen mit je einem Projekt und einem Experiment.

Beschreibung der Seiten der Webseite SKT-Selbstentwicklung

Übersicht Entwicklungswochen, Projekte und Experimente

25 Entwicklungswochen

25 Projekt-Arbeitsblätter

25 Experimente

Äußere Vorbereitungen

Thematische Einleitung und psychologischer Hintergrund

- Sie haben sich entschlossen, ...
- Sie haben das Ziel, ...
- Sie beginnen Ihren Weg, ...
- Ihr Startpunkt ist, ... (Sie selbst, wenn Sie keine Symptome haben)
- Oder Ihr Startpunkt ist, ... (Ihre Symptome)
- Probleme haben oft ihren Ursprung in der Kindheit
- Psychische und psychosomatische Störungen – wie Symptome entstehen können
- Die Problemlösung 1. Symptom – 2. Ziel – 3. Therapie
- Unsere Überlebensregel hilft uns emotional zu überleben
- Das persönliche Kontaktangebot bei SKT-Selbstentwicklung
- Für welches Angebot entscheide ich mich?
- Eigne ich mich für Selbstentwicklung?

Protokoll: Wo befinde ich mich gerade auf meinem Weg der Entwicklung?

Meine 1. Entwicklungswoche

Projekt 1 Leiden – Beschwerden - Symptome

VDS90 Symptomliste und Auswertung – Diagramm (Sulz, 2008)

Was Krankheit auslöst

Experiment 1 Symptomtagebuch

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 2. Entwicklungswoche

Projekt 2 Mit meinem Symptom umgehen lernen

AACES Bewältigungsstrategie

- a) bei Befindlichkeitssymptomen
- b) bei Verhaltenssymptomen

Experiment 2 neuer Umgang mit jedem Glied der Reaktionskette zum Symptom

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 3. Entwicklungswoche

Projekt 3 Was ich gleich ändern kann und will – mein erster Projektvertrag

Experiment 3 Mein Vertrag und seine Umsetzung

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 4. Entwicklungswoche

Projekt 4 Beginnen wir mit Ihren Eltern, wie waren sie?

Experiment 4 Beobachten Sie, welche Rolle Sie ihnen heute (noch) gegenüber einnehmen

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 5. Entwicklungswoche

Projekt 5 Elternverhalten - frustrierend – bedrohlich -befriedigend

Frustrierendes Elternverhalten in Kindheit und Jugend (VDS24, Sulz, 2008)

Befriedigendes Elternverhalten

Bedrohliches Elternverhalten

Experiment 5 Erinnerungen aus der Kindheit hochkommen lassen

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 6. Entwicklungswoche

Projekt 6 Häufige Gefühle in der Kindheit

Experiment 6 Erinnerungen an Kindheitssituationen mit intensivem emotionalem Erleben

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 7. Entwicklungswoche

Projekt 7 Meine zentralen Bedürfnisse (VDS27, Sulz, 2008)

Experiment 7 Lernen, mit meinem zentralen Bedürfnis umzugehen

Vergleich Elternverhalten – Gefühle des Kindes - Erwachsenenbedürfnisse

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 8. Entwicklungswoche

Projekt 8 Meine zentrale Angst (VDS28, Sulz, 2008) und meine zentrale Wut (VDS29, Sulz, 2008)

Experiment 8 Lernen mit Angst und Wut umzugehen

Körperlicher Ausdruck von Wut

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 9. Entwicklungswoche

Projekt 9 Meine Gefühle – wie ich bisher mit ihnen umging

Experiment 9 Wie ich ab jetzt mit meinen Gefühlen umgehe

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 10. Entwicklungswoche

Projekt 10 Lerngeschichte Mutter - Kind und Vater - Kind

Lerngeschichte Mutter - Kind gebotenes und verbotenes Verhalten

Lerngeschichte Vater - Kind gebotenes und verbotenes Verhalten

Mein Selbstbild und mein Weltbild

Meine Überlebensregel

Meine neue Erlaubnis-gebende Lebensregel

Selbstakzeptanz – meine Grenzen akzeptieren

Experiment 10 Mein Entwicklungsvertrag: entgegen der Überlebensregel handeln

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 11. Entwicklungswoche

Projekt 11 Meine Persönlichkeit (VDS30, Sulz, 2008)

Mein Persönlichkeitsprofil

Überlebensregeln verschiedener Persönlichkeiten

Experiment 11 Tu das Gegenteil Deines Persönlichkeits-Stils

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 12. Entwicklungswoche

Projekt 12 Meine Lebens- und Krankheitsgeschichte

Experiment 12 Abschluss meiner Kindheit – ein Abschiedsbrief an meine Eltern

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 13. Entwicklungswoche

Projekt 13 Neue Lebensgewohnheiten

Experiment 13 Mehr von dem einen und weniger von dem anderen tun

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 14. Entwicklungswoche

Projekt 14 Emotionales Erleben wichtiger Beziehungen

Experiment 14 Aussprechen des emotionalen Erlebens

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 15. Entwicklungswoche

Projekt 15 Umgang mit Selbst und Beziehung

Experiment 15 Balance zwischen Selbst und Beziehung (z.B. mehr für mich tun)

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 16. Entwicklungswoche

Projekt 16 Meine Ziele

Experiment 16 Umgang mit progressiven und regressiven Zielen
Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 17. Entwicklungswoche

Projekt 17 Loslassen, Abschied nehmen, Trauern – frei werden für Entwicklung

Experiment 17 Imagination Abfahrt mit Boot, was lasse ich zurück und wie fühlt es sich an?

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 18. Entwicklungswoche

Projekt 18 Angst vor dem Neuen, Ungewissen

Experiment 18 Mich Neuem und der Angst stellen

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 19. Entwicklungswoche

Projekt 19 Angstexposition

Experiment 19 Mich meiner Angst exponieren: AACES

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 20. Entwicklungswoche

Projekt 20 Stressexposition

Experiment 20 Meine neue Stressbewältigungsstrategie einsetzen (u.a. Entspannung)

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 21. Entwicklungswoche

Projekt 21 Meine Gefühle: Emotionsexposition – sich dem Gefühl stellen

Experiment 21 AACES-Konfrontation mit einem Gefühl, das Fehlalarm ist (sekundär)

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 22. Entwicklungswoche

Projekt 22 Lernen, mit meinen Gefühlen umzugehen

Wissen über Gefühle

Wertorientierung bezüglich Gefühlen

Emotionsregulation verstehen

Experiment 22 Auf neue Weise mit meinen Gefühlen umgehen

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 23. Entwicklungswoche

Projekt 23 Mein persönlicher Konflikt und die Integration

Experiment 23 sich für die neue Konfliktalternative entscheiden, die bisher die Überlebensregel verboten hat. Und vom dichotomen Denken des Entweder-Oder zum integrativen Denken des Sowohl-als-auch begeben

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 24. Entwicklungswoche

Projekt 24 Vom bedürfnisorientierten zum wertorientierten Menschen

Experiment 24 mein neuer Umgang mit meinen Werten

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Meine 25. Entwicklungswoche

Projekt 25 Mein neues Selbst und meine neue Welt

Und: Rückblick Gegenwart - Zukunft

Experiment 25 Ich beginne ein experimentierfreudiges Jahr

Mein privater Blog – mein kleines Tagebuch – was mir auffällt – was mir wichtig ist

Diesen Themen begegnet jede PatientIn im Laufe ihrer Therapie, auch wenn sie eventuell niemals bewusst gemacht oder besprochen werden. SKT-Selbstentwicklung bildet also nur das ab, was ohnehin in jeder Therapie passiert. Es ist somit ein Mittel, das Implizite explizit zu machen und dadurch zur Wirksamkeit der Therapie beizutragen.

Flexible Handhabung von SKT-Selbstentwicklung

Es kann der Einwand kommen, dass so viele Themen in einem knappen halben Jahr nicht zu bearbeiten sind. Das stimmt sicher, denn das wäre der optimale Fall und Verlauf. Der wirkliche Selbstentwicklungsprozess wird einige Themen auslassen, weil sie im individuellen Fall nicht relevant sind. Und er wird die vorgegebene Reihenfolge nicht einhalten. An

manchen Themen wird ein Monat lang gearbeitet. Es kann auch sein, dass ein einziges Thema (z.B. Emotionsregulation) den Selbstentwicklungsprozess beherrscht und es nicht sinnvoll ist, zum nächsten Thema zu gehen, so lange der Umgang damit noch maladaptiv ist. Bei einigen Themen kommt es zu Fortschritten, obwohl sie nicht explizit bearbeitet wurden. Oder der Lebenslauf führt an einen Punkt, der im Programm nicht vorgesehen ist, alles auf den Kopf stellt und absoluten Vorrang hat (Trauma, ein Todesfall, Verlieben oder Schwangerschaft).

Berücksichtigung wesentlicher Wirkvariablen

Obwohl es sich nicht um Psychotherapie handelt, höchstens um eine therapiebegleitende Maßnahme, können wir von der psychotherapeutischen Forschung lernen. Sie untersucht u.a. die für einen Therapieerfolg notwendigen Wirkmechanismen. Sulz (2017a-c) hat die für einen Änderungs- und Entwicklungsprozess erforderlichen Schritte in einer Prozess-Pyramide dargestellt (Abb. 1). Um diese zu verstehen, müssen wir vom reinen Selbstentwicklungs-Vorhaben weggehen und uns vorübergehend der Therapie zuwenden.

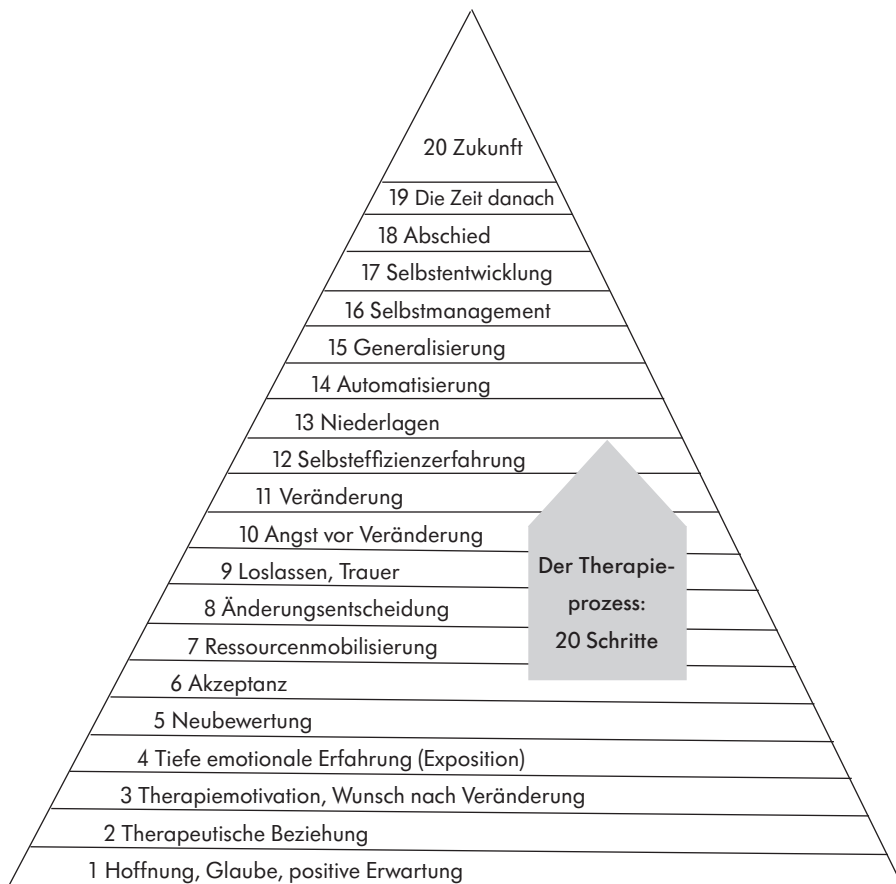


Abbildung 1. Die 20 Schritte des Änderungs- und Entwicklungsprozesses in der Psychotherapie (aus Sulz, 2017c, S. 55)

Ähnlich wie bei den beschriebenen 25 Entwicklungswochen können wir davon ausgehen, dass alle PatientInnen diese 20 Schritte im Lauf ihrer Therapie gehen. Und wir sehen viele gemeinsame Themen in der Abfolge des Veränderungs- und Entwicklungsprozesses (Tab. 3) beim Therapieprozess und bei der SKT-Selbstentwicklung.

Tabelle 3 Wirkfaktoren in der Selbstentwicklung

20 Schritte des Therapieprozesses	in SKT-Selbstentwicklung enthalten?
1. Aufbau von Hoffnung und Glauben (Erwartung von Therapieerfolg)	Nicht auf die Therapeutenperson gerichtet, sondern auf das SKT-Selbstentwicklungsprogramm mit Begleitung/ Betreuung.
2. Aufbau einer förderlichen Beziehung, Bedürfnisbefriedigung mit dem Ziel des Wohlbefindens und des Freisetzens von Ressourcen	Znter Bewahrung weitgehender Selbständigkeit wird die BegleiterIn als zuverlässige Unterstützung empfunden, jedoch nicht so, dass sie im Notfall alles auffangen würde, weshalb ein gewisses Maß an Selbstberuhigungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit erforderlich ist.
3. Aufbau von Therapiemotivation	Dies wird einerseits durch das motivierende Heranführen in der Einleitung und Einstimmung erreicht und andererseits durch die begleitende reale Person.
4. Herstellen tiefer emotionaler Erfahrung (Exposition)	Es werden keine gewaltigen Emotionsintensitäten erzeugt. Die häufig empfohlene Selbst-Exposition schwieriger Situationen und die anschließende metakognitive Reflexion führt aber zu vielmaliger tiefer emotionaler Erfahrung im Sinne von Greenberg (2000), Sachse (2015) und Sachse und Sachse (2016). Tief bedeutet nicht intensiv, sondern meint ein tiefes Verständnis.
5. Korrektur der emotional-kognitiven Bewertungen	Das Hinterfragen, Prüfen und Korrigieren dysfunktionaler Kognitionen und Interpretationen erfolgt durchgängig.
6. Herstellen von Akzeptanz	Akzeptieren des Istzustands ist der Ausgangspunkt jeder Veränderung in SKT.
7. Ressourcenmobilisierung	Das Auffinden und Mobilisieren von Ressourcen nimmt viel Raum ein.
8. Herstellen einer Änderungsentscheidung	Zielfindung, Änderungsplanung und Änderungsentscheidung sind wesentliche Etappen von SKT.
9. Fördern von Loslassen des Alten, Trauer	Dies ist ein explizites SKT-Projekt: Nur wenn ich Vergangenes loslasse, habe ich die Hände frei für Zukünftiges.
10. Bewältigung der Angst vor Veränderung und vor Neuem	Dies ist ein explizites SKT-Projekt: Das Neue ist fremd, unvertraut und macht bei der ersten Begegnung Angst.

20 Schritte des Therapieprozesses	in SKT-Selbstentwicklung enthalten?
11. Veränderung des Verhaltens und Erlebens	Aufbau neuen Verhaltens steht im Zentrum. Nachdem hemmende Motive geringer und Änderungsbereitschaft größer wurde, wird neues Verhalten geplant und ausprobiert.
12. Erfahrung von Selbstwirksamkeit	Erfolgreiches neues Verhalten ist Erfahrung von Selbstwirksamkeit. Die Abhängigkeit von Helfenden nimmt mit eigenen Erfolgen ab.
13. Umgang mit Niederlagen	Niederlagen bleiben nicht aus. Hier zu unterstützen ist eine häufige Intervention der BegleiterIn.
14. Automatisierung des neuen Verhaltens und Erlebens	Das Prinzip ist, so lange neues Verhalten zu üben, bis es von selbst automatisch kommt, ohne daran denken zu müssen. Nicht nur dreimal oder nur eine Woche lang.
15. Generalisierung des neuen Verhaltens und Erlebens	Nach dem Gelingen in den ersten Übungskontexten wird die neue Fähigkeit auf immer mehr andere Situationen und Personen angewandt, so dass diese zu einem allgemeinen Skill wird, der in allen Kontexten verfügbar ist.
16. Selbstmanagement des Verhaltens und Erlebens	Dies ist von Anfang an das Kern-Konzept von SKT. Anders als in der Therapie ist ein eigenverantwortliches Anpacken der Projekte das Grundprinzip.
17. Bahnung weiterer Selbstentwicklung	Dies ist von Anfang an das Kern-Konzept von SKT. Wir erfahren immer wieder, dass ein einmal angestoßener Entwicklungsprozess auch dann weiter geht, wenn von außen keine Impulse mehr kommen.
18. Vorbereiten auf Abschied, Beenden der Therapie	Selbst wenn die menschliche Begleitung zeitlich nicht umfangreich ist, entsteht doch eine Beziehung, von der explizit Abschied genommen wird.
19. Vorbereiten auf die Zeit nach der Therapie (die ersten Monate)	Das vorletzte Projekt ist diesem Thema gewidmet. Auch wenn nicht mehr in der bisherigen Intensität an den Projekten gearbeitet wird, bleiben einige Themen, die Jahre brauchen, bis das gesteckte Ziel erreicht ist.
20. Vorbereiten auf die Zukunft	Damit klingt die SKT-Selbstentwicklung aus. Die Neugier, die Wissbegierde und die Experimentierfreude bleiben erhalten, verbunden mit einem stabilen Vertrauen in das eigene Selbst, die Welt und die Zukunft.

Wir können auch einen Seitenblick auf die Strategie einer affektiv-kognitiven Verhaltenstherapie werfen (Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) als Dritte-Welle-Therapie deutscher Herkunft, vergl. Sulz & Hauke, 2009 und Sulz 2017b,c). Die Rosette in Abbildung 2 zeigt die Kernstrategien (aus Sulz, 2017c).



Abbildung 2. Therapiemodule einer affektiv-kognitiven Verhaltenstherapie (aus Sulz, 2017c, S. 11)

Dass die SKT-Selbstentwicklung keine Psychotherapie ersetzen kann, wird hier deutlich. Wir wissen heute, welch großen Anteil die PatientIn-TherapeutIn-Beziehung am Gelingen einer Psychotherapie haben kann. Und dieses Wissen führt zu einer weit verbreiteten Skepsis gegenüber E-Health und Telemedizin nicht nur im psychotherapeutischen Bereich. Wenn die SKT-Selbstentwicklung therapiebegleitend eingesetzt wird, muss die TherapeutIn darauf achten, dass sie den Wirkfaktor Beziehung noch bewusster einsetzt und die PatientIn sich nicht durch die E-Health-Komponente abgeschoben fühlt.

Alle anderen Kernstrategien sind in der SKT-Selbstentwicklung enthalten, so dass sie diesbezüglich als zusätzliches Hilfsmittel eingesetzt werden kann.

Als sehr große Herausforderung bleibt das Motivieren der PatientIn, selbständig Thematik und Therapieziele in ihr reales Leben zu übertragen. Viele TherapeutInnen wenden zu wenig Mühe für diesen Aspekt auf. Sie wollen nicht LehrerIn sein, die der SchülerIn Hausaufgaben aufgibt und noch weniger wollen sie mit ihrer Unlust und ihrem Unbehagen konfrontiert werden, etwas tun zu müssen, was man aus eigener Initiative nie getan hätte, dessen Sinn man nicht so recht verstehen will, das keinen Spaß macht, erst spät Erfolgserlebnisse bringt oder sogar ganz vermissen lässt.

Dies ist eigentlich kein E-Health-Thema, sondern ein Problem jeder Verhaltenstherapie. Heute versucht diese die Änderungsmotivation mehr aus tiefer emotionaler Erfahrung zu gewinnen. Diese hilft auch deutlich, aber es ist meist noch ein großer Schritt bis zu selbst

initiierten und selbstbestimmten Änderungsschritten außerhalb des Therapiezimmers. Insofern konfrontiert SKT-Selbstentwicklung die TherapeutIn zunächst auf unbehagliche Weise mit einem ungeliebten Teil ihrer therapeutischen Aufgabe – um den sie möglichst herumkommen will.

Dies ist nun wiederum eine Herausforderung für die SKT-Selbstentwicklung. Sie kommt wie ein fremder und befremdender ungebeter Gast ins Haus. Wenn man nicht rechtzeitig die Haustür verschlossen hat, sitzt er schon am Tisch – und jetzt entscheidet sich, ob man ihn schnellstmöglich wieder aus dem Haus hinauskomplimentiert oder ihm ein bisschen zuhört, ihn kennenlernen und schließlich merkt, dass ein Helfer ins Haus kam, der genau diesen unliebsamen Teil kompetent übernimmt und dem man diesen Teil guten Gewissens abgeben kann. Wenn es gelingt, ein Team zu werden, bei dem jeder das macht, was er am besten kann, dann bekommt der Gast einen Platz im Haus, keinen großen Platz, aber so viel wie diese Teamarbeit erfordert.

SKT-Selbstentwicklung kann auch als Selbstreflexionsmodul im Psychotherapie-Studium an der Universität eingesetzt werden. Es ist nicht zwingend verfahrensgebunden, sondern schließt neben verhaltenstherapeutischen auch psychodynamische, systemische und gesprächstherapeutische Betrachtungsweisen ein.

Evaluation

Derzeit laufen Evaluationsstudien, sowohl als reine Selbstentwicklung nicht erkrankter Menschen als auch als therapiebegleitende Unterstützung in der Behandlung von PatientInnen mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen. Darüber wird zu berichten sein.

Literatur

- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H. & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13, 288–295. <https://doi.org/10.1002/wps.20151>
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P. & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS One*, 5, e13196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Ostman, G., Norgren, A., Almlöv, J., . . . Silverberg, F. (2012). Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 344–355. <https://doi.org/10.1159/000339371>
- Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Felix, C. B., Lundborg, L., ... Carlbring, P. (2012). Therapeutic alliance in guided Internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 544–550. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.003>
- Andersson, G., Topooco, N., Havik, O. & Nordgreen, T. (2016). Internet-supported versus face-to-face cognitive behavior therapy for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16, 55–60. <https://doi.org/10.1586/14737175.2015.1125783>

- Andrews, G. & Williams, A. D. (2014). Internet psychotherapy and the future of personalized treatment. *Depression and Anxiety*, 31, 912–915. <https://doi.org/10.1002/da.22302>
- Buntrock, C., Berking, M., Smit, F., Lehr, D., Nobis, S., Riper, H. & Ebert, D. (2017). Preventing depression in adults with sub-threshold depression: Health-economic evaluation alongside a pragmatic randomized controlled trial of a web-based intervention. *Journal of Medical Internet Research*, 19, e5. <https://doi.org/10.2196/jmir.6587>
- Buntrock, C., Ebert, D. D., Lehr, D., Cuijpers, P., Riper, H., Smit, F. & Berking, M. (2014). Evaluating the efficacy and cost-effectiveness of web-based prevention of major depression: Design of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14, 25. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-25>
- Buntrock, C., Ebert, D. D., Lehr, D., Riper, H., Smit, F., Cuijpers, P. & Berking, M. (2015). Effectiveness of a web-based cognitive behavioural intervention for subthreshold depression: Pragmatic randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 348–358. <https://doi.org/10.1159/000438673>
- Burkhardt, A. (2007). *Achtsamkeit. Ein Meditationsbuch*. München: CIP-Medien.
- Dombrowski, H.-U. (2004). *Lösungswege bei Alkoholproblemen*. München: CIP-Medien.
- E-Health-Gesetz (2013). *Gesetze für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen*. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/052/1805293.pdf>
- Ebert, D. D., Berking, M., Cuijpers, P., Lehr, D., Pörtner, M. & Baumeister, H. (2015). Increasing the acceptance of Internet-based mental health interventions in primary care patients with depressive symptoms. A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 176, 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.056>
- Ebert, D. D., Berking, M., Thiart, H., Riper, H., Laferton, J. A., Cuijpers, P., . . . Lehr, D. (2015). Restoring depleted resources: Efficacy and mechanisms of change of an Internet-based unguided recovery training for better sleep and psychological detachment from work. *Health Psychology*, 34(Suppl), 1240–1251. <https://doi.org/10.1037/hea0000277>
- Ebert, D. D., Buntrock, C. & Cuijpers, P. (2016). Online Intervention for prevention of major depression – reply. *JAMA*, 316, 881. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.9586>
- Ebert, D. D., Cuijpers, P., Muñoz, R. F. & Baumeister, H. (2017). Prevention of mental health disorders using Internet and mobile-based Interventions: A narrative review and recommendations for future research. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 116. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2017.00116>
- Ebert, D. D., Donkin, L., Andersson, G., Andrews, G., Berger, T., Carlbring, P., . . . Cuijpers, P. (2016). Does Internet-based guided self-help for depression cause harm? An individual participant data meta-analysis on deterioration rates and its moderators in randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 46, 2679–2693. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001562>
- Ebert, D. D., Gollwitzer, M., Riper, H., Cuijpers, P., Baumeister, H. & Berking, M. (2013). For whom does it work? Moderators of outcome on the effect of a transdiagnostic Internet-based maintenance treatment after inpatient psychotherapy: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15, e191. <https://doi.org/10.2196/jmir.2511>
- Ebert, D. D., Hannig, W., Tarnowski, T., Sieland, B., Götzky, B. & Berking, M. (2013). Web-based rehabilitation aftercare following inpatient psychosomatic treatment. *Die Rehabilitation*, 52, 164–172. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1345191>
- Ebert, D. D., Heber, E., Berking, M., Riper, H., Cuijpers, P., Funk, B. & Lehr, D. (2016). Self-guided Internet-based and mobile-based stress management for employees: Results of a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 73, 315–323. <https://doi.org/10.1136/oemed-2015-103269>
- Ebert, D. D., Lehr, D., Heber, E., Riper, H., Cuijpers, P. & Berking, M. (2016). Internet- and mobile-based stress management for employees with adherence-focused guidance: Efficacy and mechanism of change. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 42, 382–394. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3573>

- Ebert, D. D., Lehr, D., Smit, F., Zarski, A.-C., Riper, H., Heber, E., . . . Berking, M. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of minimal guided and unguided Internet-based mobile supported stress-management in employees with occupational stress: A three-armed randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 14, 807.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-807>
- Ebert, D. D., Nobis, S., Lehr, D., Baumeister, H., Riper, H. M., Auerbach, R. P., . . . Berking, M. (2016). The 6-month effectiveness of Internet-based guided self-help for depression in adults with type 1 and 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 46, 2679–2693. <https://doi.org/10.1111/dme.13173>
- Ebert, D. D., Tarnowski, T., Gollwitzer, M., Sieland, B. & Berking, M. (2013). A transdiagnostic Internet-based maintenance treatment enhances the stability of outcome after inpatient cognitive behavioral therapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 246–256. <https://doi.org/10.1159/000345967>
- Ebert, D. D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M. & Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS One*, 10, e0119895. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119895>
- Ebert, D. D., Van Daele, T., Nordgreen, T., Karekla, M., Compare, A., Zarbo, C., . . . Baumeister, H. (2019). Internet- and Mobile-Based Psychological Interventions: Applications, Efficacy, and Potential for Improving Mental Health. A Report of the EFPS E-Health Taskforce. *European Psychologist*, 23, 167–168. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000318>
- Eckert, W. (2018). *Die Krankheit des Zweifels*. München: CIP-Medien.
- Eschenröder, C. (2000). *Selbstsicher in die Prüfung. Ratgeber Prüfungsangst*. München: CIP-Medien.
- Frankl, V. (1997). *Der Wille zum Sinn*. München: Piper.
- Greenberg, L. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In S. K. D. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 77–110). München: CIP-Medien.
- Henderson, C., Evans-Lacko, S. & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103, 777–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Horn, J. (2005). *Quälgeist Tinnitus*. München: CIP-Medien.
- Kanfer, F. H. Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Kok, G., Bockting, C., Burger, H., Smit, F. & Riper, H. (2014). Mobile cognitive therapy: Adherence and acceptability of an online intervention in remitted recurrently depressed patients. *Internet Interventions*, 1, 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.05.002>
- Kulbartz-Klatt, Y. J. (2014). *Liebe meint auch Körper. Der gemeinsame Weg zu erfülltem Sex*. München: CIP-Medien.
- Lin, J., Ebert, D. D., Lehr, D., Berking, M. & Baumeister, H. (2013). Internet-based cognitive behavioral interventions: State of the art and implementation possibilities in rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 52, 155–163. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1343491>
- Miethge, W. (2002). *Heilsame Gefühle*. München: CIP-Medien.
- Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Sachse, R. (2015). *Psychotherapeuten sollten zu Experten ausgebildet werden*. München: CIP-Medien.
- Sachse, R. & Sachse, M. (2016). *Grundlagen klärungsorientierter Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sender, I. (2000). *Ratgeber Borderline-Syndrom*. München: CIP-Medien.
- Steinweg, I. (2010). *Brustkrebs. Wege zur seelischen Bewältigung*. München: CIP-Medien.
- Stenzel, A. (2004). *Schmerzen überwinden*. München: CIP-Medien.

- Sulz, S. K. D. (1994). Strategische Kurzzeittherapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (1998). Persönlichkeitsentwicklung. Eine E-Learning CD. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2008). VDS Verhaltensdiagnostik-Materialmappe. Das komplette Verhaltensdiagnostiksystem VDS als Kopiervorlage – Fragebögen und Interviewleitfäden mit Auswertungsanleitungen. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2009). Praxismanual zur Strategischen Entwicklung des Selbst und der Beziehungen. Experimentierbuch mit einem 25-Wochenprogramm und 34 Experimenten. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2012a). Als Sisyphus seinen Stein losließ oder: Verlieben ist verrückt! Ein psychologisches Lesebuch über menschliche Überlebensformen und individuelle Entwicklungschancen. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2012b). Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete (S. 46-49). Stuttgart: Thieme.
- 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). Depression: Ratgeber und Manual für Betroffene, Angehörige und alle beruflichen Helfer. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2019). SKT-Selbstentwicklung. Web-basierte Selbsterfahrung und Selbstreflexion. Internet-basierte psychologische Interventionen (E-Health und Telemedizin). Abgerufen am 12.05.2019, von <https://skt-selbstentwicklung.de>
- Sulz, S. K. D. & Hauke, G. (Hrsg.) (2009). Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Ansatzes. München: CIP-Medien.
- Thiart H, Lehr D, Ebert D, Sieland B, Berking M, Riper H. (2013) Log in and breathe out: efficacy and cost-effectiveness of an online sleep training for teachers affected by work-related strain – study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [internet] . Springer Nature; 2013;14(1):169.
- Unland, H. (2000). Nichtraucher werden und bleiben. München: CIP-Medien
- Zarski, A.-C., Lehr, D., Berking, M., Riper, H., Cuijpers, P. & Ebert, D.D. (2016). Adherence to Internet-based mobile-supported stress management: A pooled analysis of individual participant data from three randomized controlled trials. *Journal of Medical Internet Research*, 18, e146. <https://doi.org/10.2196/jmir.4493>

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Serge K. D. Sulz
Katholische Universität Eichstätt | Serge.Sulz@ku-eichstaett.de
Nymphenburger Str. 155 | 80634 München | Tel. 089-120 222 79