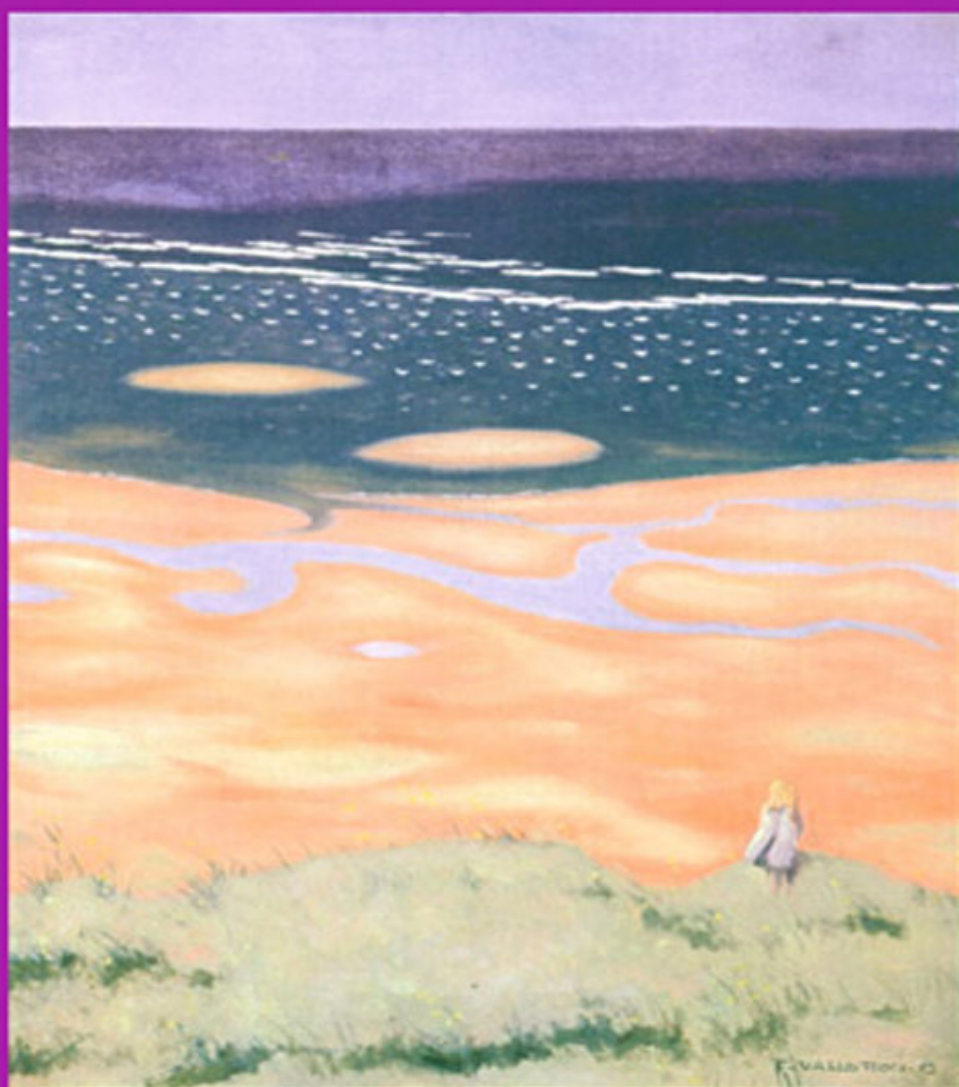


Ralf F. Tauber
Carola Nisch

Depressive Störungen erfolgreich behandeln

Praxishandbuch zu kognitiv-verhaltens-
therapeutischen Ansätzen



Ralf F. Tauber
Carola Nisch

Depressive Störungen erfolgreich behandeln

*Praxishandbuch zu
kognitiv-verhaltenstherapeutischen
Ansätzen*



Impressum

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Besuchen Sie uns im Internet: www.klett-cotta.de

Klett-Cotta

© 2011 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Hemm & Mader, Stuttgart

Titelbild: Félix Vallotton: »Marée montante«, Houlgate, 1913

Datenkonvertierung: Koch, Neff & Volckmar GmbH, KN digital – die digitale Verlagsauslieferung Stuttgart

Printausgabe: ISBN 978-3-608-89113-3

E-Book: ISBN 978-3-608-10262-8

Inhalt

Zielstellung dieses Buches

1 Grundlegendes zur Therapie

1.1 Selbstverständnis der kognitiven Verhaltenstherapie

1.2 Die Rolle von Therapeut und Patient

1.3 Die therapeutische Vorgehensweise

1.3.1 Typischer Therapieaufbau

1.3.2 Die therapeutische Beziehung

1.3.3 Mögliche Therapiebausteine im Rahmen der
Depressionsbehandlung

1.3.4 Exkurs: Die Bedeutung der medikamentösen Therapie
im Rahmen der KVT der Depression

2 Diagnostik

2.1 Symptome depressiver Erkrankungen

2.1.1 Symptome auf der emotionalen Ebene

2.1.2 Symptome auf der physiologisch-vegetativen Ebene

2.1.3 Symptome auf der kognitiven Ebene

2.1.4 Symptome auf der Verhaltensebene

2.2 Kriterien für das Vorliegen einer klinisch relevanten
Depression

2.2.1 Diagnostische Kriterien der Internationalen
Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)

2.2.2 Schweregradeinschätzung

2.2.3 Verlaufsformen

2.3 Weitere Formen depressiver Erkrankungen

2.3.1 Anpassungsstörungen (F43. 2)

2.3.2 Dysthymia (anhaltend affektive Störung) (F34. 1)

2.3.3 Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)

2.3.4 Sonderfall: Pathologische Trauerreaktion

2.3.5 Sonderfall: Posttraumatische Verbitterungsstörung

2.4 Erhebung depressiver Symptomatik

2.4.1 Grundsätzliches Vorgehen

2.4.2 Praktische Hinweise

2.5 Typische Probleme

2.5.1 Relevante Symptome oder Problembereiche werden übersehen

2.5.2 Unzulässige Verallgemeinerungen

2.5.3 Die Patientenperspektive wird als alleinige »Realität« akzeptiert

2.5.4 Es ist keine passende Diagnose im ICD zu finden

3 »Das Leben zurückerobern« – Aktivitätsaufbau

3.1 Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells

3.1.1 Beschreibung der Modelle

3.1.2 Vermittlung der Modelle

3.2 Vorgehensweise beim Aktivitätsaufbau

3.2.1 Hintergrund der Methode

3.2.2 Das Führen eines Stimmungsprotokolls

3.2.3 Erarbeiten positiver Aktivitäten

3.2.4 Integration positiver Aktivitäten in den Tagesablauf

3.2.5 Merkmale positiver Aktivitäten zum Aktivitätsaufbau

3.2.6 Abbau depressionsfördernder Aktivitäten

3.3 Typische Probleme

3.3.1 »Technische Probleme«

3.3.2 Die Motivation kann nicht aufrechterhalten werden

3.3.3 »Widerstand« als Ausdruck eines Beziehungsproblems

3.3.4 »Widerstand« infolge des funktionalen Bedingungsgefüges

4 »Die Welt mit anderen Augen sehen« – Kognitive Umstrukturierung

4.1 Theoretische Grundlagen

Rational-Emotive Therapie nach Albert Ellis

Kognitive Therapie der Depression nach Aaron T. Beck

Metakognitive Therapie nach Fisher und Wells

4.2 Praktische Herangehensweise

4.2.1 Allgemeine Vorgehensweise

4.2.2 Umgang mit Grübeln

4.2.3 Vermittlung des kognitiven Erklärungsmodells

4.2.4 Arbeit auf der Ebene der automatischen negativen Gedanken

Einführen des Begriffs

Identifikation automatischer negativer Gedanken

Praktische Hinweise zur Sammlung automatischer negativer Gedanken

Disputation und Korrektur automatischer negativer Gedanken

Praktische Hinweise zur Disputation und Korrektur automatischer negativer Gedanken

4.2.5 Arbeit auf der Ebene der Annahmen und Schlussfolgerungen

Allgemeine Vorgehensweise

Praktische Hinweise zur Arbeit auf der Ebene der Annahmen und Schlussfolgerungen

4.2.6 Arbeit auf der Ebene der dysfunktionalen Grundannahmen

Der Begriff

Erarbeitung und Formulierung der Grundannahmen

Aufbau von Veränderungsmotivation

Praktische Hinweise zur Umstrukturierung dysfunktionaler Grundannahmen

4.2.7 Exkurs: Biografisches Arbeiten

Bedeutung und Einführung biografischer Arbeit in der Therapie

Methoden und Techniken

4.2.8 Der umgekehrte Weg: Die »Bottom-up-Methode«

4.3 Typische Probleme

4.3.1 Schwierigkeiten auf der Beziehungsebene bzw. »Kollateralschäden« der sokratischen Gesprächsführung

4.3.2 Die Grundannahmen des Therapeuten

4.3.3 Der positive Effekt bleibt aus

5 Suizidalität bei depressiven Erkrankungen

5.1 Einleitende Worte

5.2 Einschätzung der Suizidgefahr

5.3 Therapeutische Interventionen beim Auftreten von Suizidalität

5.3.1 Umgang mit Suizidalität als dauerhaftes Begleitphänomen der depressiven Erkrankung

5.3.2 Umgang mit akuter Suizidalität im Rahmen der Therapie

5.4 Typische Probleme

6 Behandlung chronischer Depressionen mithilfe des Cognitive Behavioral Analysis Systems of Psychotherapy nach J. McCullough (CBASP)

6.1 Warum eine andere spezielle Methode?

6.1.1 Besonderheiten des chronisch depressiven Patienten

6.1.2 Theoretische Annahmen

Bedeutung der Lerngeschichte

Kieslers Interpersoneller Zirkel

6.2 Methoden und Techniken

6.2.1 Das »Timeline-Sheet«: Aufzeichnung des klinischen Verlaufsprofils

6.2.2 Die »Significant Others History« (SOH): Erhebung der Liste prägender Bezugspersonen

6.2.3 Die »Transference-Hypothesis«: Konstruktion einer Transferhypothese

6.2.4 Die »Situational Analysis« (SA): Erstellung von Situationsanalysen

6.2.5 Das »Disciplined Personal Involvement« (DPI): Die Arbeit mit der therapeutischen Beziehung im CBASP Grundlegendes zur Art der therapeutischen Beziehung und wie sie genutzt wird

»Contingent Personal Responsivity« (CPR): Die kontingente persönliche Reaktion aufzeigen

»Interpersonal Discrimination Exercise« (IDE): Die interpersonelle Diskriminationsübung

6.3 Typische Probleme

6.3.1 Der Patient ist (noch) nicht »CBASP-fähig«

6.3.2 Mögliche Schwierigkeiten des Therapeuten mit der Methode

6.3.3 Der positive Effekt bleibt aus
Anhang
Literatur
Informationen zu den Autoren

Meinen Eltern Walter und Maria gewidmet

Björn gewidmet

Zielstellung dieses Buches

Man fragt sich vielleicht bei Blick auf die gegenwärtige Literaturlage: Wozu noch ein Buch zur KVT der Depression? Der Anspruch dieses Buches ist es nicht, eine Darstellung der aktuellen Forschungsergebnisse zur Depression zu geben. Es hat sich aber aus eigener klinisch-praktischer Erfahrung und im Rahmen unserer Tätigkeit als Supervisoren gezeigt, dass bei der praktischen Durchführung der Depressionsbehandlung oft ein großer Wissensdurst bzw. Wunsch danach besteht, genauere Anleitung zu bekommen, »wie man es wirklich macht« und was man sinnvollerweise bei diesem oder jenem Problem konkret tun kann. Hier sehen wir die Aufgabe unseres Buches. Bei der Anwendung der bekannten Methoden wiederholen sich häufig bestimmte Probleme, es gibt typische »Fallstricke« zu beachten, oder die Berücksichtigung einzelner, zum Teil nicht immer ganz offensichtlicher Aspekte haben oftmals einen ganz wesentlichen Einfluss auf den therapeutischen Effekt der eingesetzten Technik und tragen viel dazu bei, dass »es wirklich funktioniert«. Vieles davon ist in dieser Form nach unserer Kenntnis bislang nicht beschrieben worden. Ziel dieses Buches ist die Weitergabe dieses erfahrungsbasierten Wissens aus der Anwenderperspektive.

1 Grundlegendes zur Therapie

1.1 Selbstverständnis der kognitiven Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie wurde seit den 50er-Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelt und hat ihre Wurzeln in den Forschungsergebnissen und theoretischen Ansätzen des Behaviorismus. Basis der klassisch behavioralen Methodik sind die Erkenntnisse aus den Lerntheorien anfänglich primär tierexperimenteller Studien zur operanten und klassischen Konditionierung. D. h., es fand eine extreme Fokussierung auf das beobachtbare Verhalten statt. Dabei wurde der Mensch als eine »black box« akzeptiert und eine Einflussnahme über operant und klassisch konditionierte Verhaltensformung versucht, ohne dabei weitere innerpsychische Prozesse zu berücksichtigen. Letztlich war dies auch eine betont kämpferische Abgrenzung von den damals vorherrschenden psychodynamischen Ansätzen, welche den Fokus vor allem auf die Veränderung der intrapsychischen Prozesse legten, woraus sich eine hitzige Debatte über die Vor- und Nachteile der jeweiligen Verfahren ergab, welche bis heute weitergeführt wird. Ebenfalls aus dieser Zeit bis heute gehalten haben sich Vorurteile und Klischees, die vom Titel »Rattenpsychologie« bis zur Betonung der Gefahr einer »Symptomverschiebung« aufgrund mangelnder therapeutischer Bearbeitung der wesentlichen zugrunde liegenden Problembereiche reichen. Die Forschungslage zeigt ein anderes Bild. Hier zeigt sich eine sehr gute Wirksamkeit kognitivverhaltenstherapeutischer Verfahren bei nahezu allen psychotherapeutisch behandelbaren psychischen Störungen. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Behandlungsverfahren von heute nicht mehr mit denen der 50er-Jahre vergleichbar

sind. Bereits in den 60er-Jahren wurde die Idee der »black box« fallen gelassen und im Rahmen der sogenannten »kognitiven Wende« intrapsychische Prozesse im Sinne der therapeutischen Bearbeitung von Gedanken, Einstellungen usw. mit in den Ansatz aufgenommen. Im weiteren Verlauf rückten zunehmend auch die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, emotionale Prozesse sowie Methoden von Achtsamkeit und Akzeptanz in den Fokus der Aufmerksamkeit. Die Offenheit für neue Techniken und Ansatzpunkte gehört ebenso zum Selbstverständnis der KVT wie das Verlangen von empirischen Belegen für die Gültigkeit der Basisannahmen oder die Effektivität einer neuen Methodik, bevor diese ins »Standardrepertoire« mit aufgenommen wird. Trotz der kontinuierlichen Weiterentwicklung und Verbreiterung der Konzepte ist der Therapieansatz dennoch primär methodenintegrativ; d. h., Menschenbild und Therapieverständnis sind bis heute weitestgehend unverändert bestehen geblieben. Es wird davon ausgegangen, dass der Mensch mit einer ihm typischen genetisch-biologischen »Grundausstattung« geboren wird und vor dem Hintergrund seiner (Lern-)Erfahrungen spezifische Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster ausbildet, die sein »Erleben« der Realität und die Reaktionen in den verschiedenen Situationen des Lebens bestimmen. Dabei wird angenommen, dass Kindheit und Jugend besonders prägende Phasen waren, jedoch über die gesamte Lebensspanne eine Weiterentwicklung bzw. Veränderung möglich ist und stattfindet. Therapie wird vor allem als »Hilfe zur Selbsthilfe« verstanden, und die therapeutischen Methoden sind in der Regel störungsspezifisch auf Reduktion der jeweiligen Symptomatik ausgerichtet. Die Therapie wird als ein Prozess gesehen, der geplant und strukturiert auf ein klar definiertes und mit dem Patienten vereinbartes Ziel ausgerichtet stattfindet. Die therapeutisch eingesetzten Methoden sind grundsätzlich lehr- und lernbar und auch

dem Patienten gegenüber maximal transparent. Darüber hinaus widmet sich die KVT auch vorrangig den Problemen und Schwierigkeiten der Gegenwart, d. h., die Therapie fokussiert das »Hier und Jetzt« mit den drei Fragen: *Was ist aktuell schwierig?, Wie soll es sein? und Wie kommen wir dahin?*

1.2 Die Rolle von Therapeut und Patient

Das Verhältnis zwischen Therapeut und Patient im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie wird oftmals mit der ***Bergsteiger-Metapher*** beschrieben. Der Patient befindet sich in der Rolle eines Wanderers, der sich einen Gipfel ausgesucht hat, welchen er besteigen möchte (z. B. Bewältigung der Depression – wobei Patienten wohl eher »wieder gesund werden« sagen würden ...). Der Therapeut sieht sich in der Funktion des Bergführers, der den Weg dorthin kennt und den Patienten anleitet, auf Gefahrenquellen hinweist, bei Motivationseinbrüchen aktivierend beisteht, an schwierigen Passagen unter die Arme greift und an gefährlichen mithilfe von Seilen sichert. Dennoch kann er den Patienten nicht auf den Berg hinauftragen, laufen muss er dabei selbst, auch wenn es anstrengend ist. Dies ist ein Bild, welches auch sehr gut im Patientenkontakt genutzt werden kann, um die angestrebte gemeinsame Zusammenarbeit zu verdeutlichen. Die genaue Rollenverteilung ist letztlich im Spannungsfeld von Autonomie und Führung zu sehen. Natürlich ist der Patient einerseits hilfsbedürftig und in gewisser Weise auch »krank« – insbesondere depressive Patienten *fühlen sich* in der Regel *krank*. Dennoch wird diese Begrifflichkeit – auch der Ausdruck Patient – oftmals in der Literatur zur kognitiven Verhaltenstherapie explizit vermieden, um zu verdeutlichen, dass es sich nicht um ein klassisches »Arzt-Patient-Verhältnis« handelt und der Patient sich nicht in einer typischen »Krankenrolle« befindet. Es geht nicht darum, mit Fieber zu einem Arzt oder Experten zu gehen, regelmäßig abends die verschriebene Medizin einzunehmen und damit gesund zu werden und nächstes Mal bei Fieber wieder zum Arzt zu gehen. Der Patient wird

eher als ein selbstbestimmter autonomer Partner gesehen, dem auf »Augenhöhe« begegnet wird und der möglichst zum »Experten seines Problems« werden soll, sodass er zukünftig keinen Therapeuten mehr braucht, sondern die Symptomatik oder Lebenskrisen im Selbstmanagement bewältigen kann. Auf der anderen Seite besteht vor dem Hintergrund dieses Rollenverständnisses aber die Gefahr, dass die Therapeuten zum Teil davor zurückschrecken, die Führung im therapeutischen Prozess zu übernehmen, und die Verantwortung primär an den Patienten zurückdelegieren. Auch wenn es so sein soll, dass man den Patienten im therapeutischen Kontakt als einen autonomen Partner wahrnimmt, so ist das nicht gleichbedeutend mit der Idee, dass auch der Patient bestimmt, wie therapeutisch gearbeitet werden soll, um die Krankheit oder Störung zu bewältigen. Wenn er dies wüsste oder könnte, müsste er nicht professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Auch der Bergführer sagt nicht: *»Möchten Sie heute lieber links laufen, oder rechts oder lieber sitzen bleiben?«*, sondern er hat eine Vorstellung davon, auf welche Weise oder auf welchem Weg der Gipfel am besten zu erreichen ist, und motiviert den Wanderer, ihm auf diesem Weg zu folgen. Dabei muss der Therapeut darauf achten, dass er genau versteht, was das eigentliche Anliegen des Patienten ist (und oftmals ist es nicht unbedingt das spontan formulierte), in welcher Lebenssituation er sich befindet, vor dem Hintergrund der Biografie nachvollziehen, auf welche Weise er die Welt, sich selbst und Beziehungen erlebt, welche Ressourcen und Fertigkeiten sowie Defizite in den verschiedenen Bereichen bestehen usw. usf. D. h., er muss zuhören, er muss sich empathisch einfühlen und verstehen, damit er den Patienten da »abholen kann, wo er steht«. Aber darüber hinaus ist er dann vor dem Hintergrund seines Expertenwissens auch verantwortlich für die Auswahl der therapeutischen Methoden, deren Durchführung – letztlich

für den Therapieprozess und die im Zuge dessen zu erreichenden Fortschritte, was allerdings wiederum nicht bedeutet, einfach zu bestimmen und sich nicht mehr für die Meinung des Patienten zu interessieren und nach dem Motto: »Sind Sie hier der Therapeut oder ich?« jegliche Äußerung einer gegenteiligen Meinung abzuwiegeln. Dies ist das Spannungsfeld, in dem sich Therapeut und Patient bewegen.

1.3 Die therapeutische Vorgehensweise

1.3.1 Typischer Therapieaufbau

Der allgemeine Aufbau einer kognitiven Verhaltenstherapie wurde sehr präzise im 7-Phasen-Modell auf der Basis des Ansatzes von Frederick Kanfer zur Selbstmanagement-Therapie zusammengefasst. Der Therapieprozess wird als Aufeinanderfolge der folgenden Phasen oder Abschnitte beschrieben:

1. Schaffen günstiger Ausgangsbedingungen
2. Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen
3. Erstellen einer Verhaltensanalyse und eines funktionalen Bedingungsmodells
4. Vereinbaren therapeutischer Ziele
5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden
6. Evaluation therapeutischer Fortschritte
7. Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie

Natürlich sind dies keine wirklichen, klar voneinander abgegrenzten Phasen, und häufig gibt es auch Rückschleifen, sodass Ausgangsbedingungen (wie z. B. die therapeutische Beziehung) erneut bearbeitet, die Verhaltensanalyse verändert, Ziele noch einmal adaptiert, andere Methoden probiert werden müssen usw., dennoch ist es eine sehr nützliche Beschreibung der grundlegenden Struktur einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung und der damit einhergehenden Aufgaben für den Therapeuten. Der Therapeut ist verantwortlich für die Umsetzung dieser Struktur, d. h. für die Erhebung der

relevanten Daten, die Erstellung der Verhaltensanalyse und des Bedingungsmodells, die Auswahl und »Überwachung« des korrekten Einsatzes der Methoden, die Überprüfung des Therapiefortschrittes sowie die Planung des Therapieabschlusses einschließlich der Rückfallprophylaxe und dem Abschied aus der Therapie. Es soll an dieser Stelle nicht in Ausführlichkeit auf diese Punkte eingegangen werden, eine detaillierte Darstellung findet sich in Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2006). Es ist unseres Erachtens aber wichtig zu verdeutlichen, dass Psychotherapie im Gegensatz zu Krisengesprächen ein geplanter und kontinuierlicher Prozess ist, dessen Steuerung in den Händen des Therapeuten liegt. Ein weiterer in diesem Zusammenhang wichtiger Punkt ist die Tatsache, dass ein Großteil der Therapie in der Regel gar nicht innerhalb des Behandlungszimmers, sondern vor allem *zwischen* den Sitzungen stattfindet. Therapeutische »Hausaufgaben« sind ein integraler Bestandteil der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung. Sie dienen der weiteren Auseinandersetzung mit den Therapieinhalten in der Zwischenzeit und ermöglichen den Transfer der besprochenen Inhalte in den Alltag bzw. schaffen eine Verbindung zu den wirklich handlungsrelevanten Kontexten (z. B. das Zuhause). Viele der verhaltenstherapeutischen Techniken erfordern zudem eine regelmäßige Anwendung, ja nahezu ein »Üben« oder »Trainieren«, bis wirklich eine stabile Veränderung erreicht ist. Das Reden im Behandlungszimmer dient zu einem großen Teil der Erhebung der relevanten Daten, der Vermittlung der wichtigen Therapieinhalte sowie der Besprechung der Erfahrungen zwischen den Stunden zur Optimierung des Therapiefortschritts. Das Gespräch allein würde zumeist noch nicht viel bewirken. Frei nach Erich Kästner *»Es gibt nichts Gutes, außer man tut es«* sind es vor allem die Anwendung neuen Wissens und die damit gemachten Erfahrungen, die die tatsächliche (dauerhafte) Veränderung

bewirken. Dies alles bedeutet natürlich auch, dass der Therapeut einen Überblick darüber haben muss, wo der Patient in der Therapie gerade steht und z. B. auch welche Hausaufgabe aus der letzten Stunde in der aktuellen besprochen werden muss und wie die nächsten therapeutischen Schritte aussehen sollen. Natürlich sollte der Therapeut notwendigenfalls Ziele auch adaptieren können oder zwischenzeitlich auf andere dringendere Themen eingehen können. Im Allgemeinen sollte aber klar sein, dass die Psychotherapie ein Therapieprozess ist, bei dem immer mit dem weitergearbeitet wird, was in der letzten Stunde als Ergebnis erreicht wurde. Es gibt also viele gute Gründe dafür, die Therapieziele klar und prozesshaft weiterzuverfolgen und eben nicht von diesen Themen abzuweichen. Wir bezeichnen den Therapeuten diesbezüglich als »Anwalt der Themenkonstanz«. Meistens ist es deswegen nicht sinnvoll, mit einer Einstiegsfrage wie »*Worüber möchten Sie denn heute reden?*« zu beginnen, das wäre oft vergleichbar mit der Einstiegsfrage des Bergführers: Möchten Sie links gehen oder rechts gehen oder sitzen bleiben? Dies bedeutet natürlich **nicht**, dass vollkommen uninteressant und irrelevant ist, wie es dem Patienten geht, was er erlebt hat und was ihn aktuell bedrückt (der Bergsteiger fragt sicherlich auch, ob die Blasen an den Füßen von der Wanderung am Vortag noch wehtun ...), dennoch sollte ein Therapeut immer eine Vision davon haben, was er am Ende der Therapiestunde optimalerweise mit dem Patienten erreicht haben möchte. Der Vorteil der manualisierten Vorgehensweise, wie er sich oftmals in den Therapiestudien zeigt, hat möglicherweise in der Tat etwas damit zu tun, dass die Stringenz der Behandlung bzw. der Abfolge der Interventionen stärker betont und beachtet wird, als dies in einer »normalen« Therapie unter Umständen geschieht. Begibt man sich auf die Ebene der im Rahmen der KVT eingesetzten Techniken, so handelt es sich um einen bunten Bauchladen

verschiedener Interventionsmöglichkeiten, die in Abhängigkeit vom vorliegenden Störungsbild inhaltlich auf die in diesem Kontext relevanten Themen adaptiert in unterschiedlichster Weise kombinierbar sind. Diese reichen von A wie Achtsamkeitsübung über z. B. Exposition, Imagination, Rollenspiel usw. bis zu Z wie Zeitmanagement. Kennzeichnend ist ein gewisser Pragmatismus: Zum Einsatz kommt alles, was erfahrungsgemäß hilft. Eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung ist dabei grundsätzlich in allen in Deutschland üblichen Settings denkbar (Rehabilitation, akut vollstationär, akut teilstationär, ambulant) mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen, die dies mit sich bringt. Während stationäre Behandlungen einerseits in der Regel intensiver sind mit einer hohen multiprofessionellen Behandlungsdichte und dem – teilweise für den Therapiefortschritt notwendigen – Abstand zum häuslichen Umfeld, so sind sie für das Erreichen stabiler Veränderungen häufig jedoch zeitlich sehr knapp bemessen, und gelegentlich verhindert auch der große Abstand das Umsetzen zu Hause. Bei der ambulanten Behandlung ist es genau umgekehrt. Auch die teilstationäre Behandlung als »Kompromiss« ist zeitlich oftmals sehr knapp bemessen. Letztlich gilt es, egal in welchem Setting man tätig ist, vor dem Hintergrund der gegebenen Rahmenbedingungen die bestmögliche Therapie entsprechend dem Selbstverständnis und der therapeutischen Herangehensweise der KVT anzubieten.

1.3.2 Die therapeutische Beziehung

Gelegentlich wird die Meinung vertreten, die therapeutische Beziehung sei in der KVT nicht so wichtig, denn es gehe ja lediglich um Veränderungen in Bereichen, die mit der therapeutischen Beziehung gar nichts zu tun haben. Dem ist nicht so. Zum einen kann keine Therapie funktionieren, ohne dass eine Bindung zwischen Therapeut und Patient besteht und Letzterer sich angenommen, verstanden und sicher fühlt und somit das Vertrauen in den Therapeuten und dessen Interventionen und Vorschläge aufbringt. Eine derartige Beziehung »fällt aber nicht vom Himmel«, und je negativer die Beziehungserfahrungen des Patienten (in Kindheit, Jugend oder auch mit anderen Therapeuten), desto schwieriger ist es, diese Atmosphäre zu schaffen und desto mehr Augenmerk muss seitens des Therapeuten auf die Herstellung einer tragfähigen Therapiebeziehung gelegt werden. Zum anderen spielt natürlich auch das, was zwischen Therapeut und Patient passiert, in der Therapie oftmals eine wesentliche Rolle. Nicht nur, dass dies für den Therapeuten eine wichtige diagnostische Informationsquelle ist, sondern auch insofern, als die gemeinsame Reflexion über die ablaufende Interaktion zwischen Therapeut und Patient vor allem für Patienten mit Problemen im zwischenmenschlichen Bereich eine sehr wichtige Quelle der Erkenntnis und natürlich auch eine korrigierende Lernerfahrung darstellt. Der Therapeut ist also nicht emotional neutral oder »abstinent«, sondern Wärme und Fürsorge spendend sowie wohlwollend, freundlich, akzeptierend und trotzdem natürlich auch kritisch hinterfragend. Manchmal erfahren Patienten das erste Mal in ihrem Leben eine derart zugewandte »schöne« Beziehung, und es ist erstaunlich, welche Bedeutung ein Therapeut im Leben eines Patienten

zum Teil eingeräumt bekommt. Dennoch sollten natürlich die Grenzen der therapeutischen Beziehung eingehalten werden. Letztlich handelt es sich um ein freundlich hilfreiches *Arbeitsbündnis*, in der Regel auch lediglich auf Zeit, und nicht um Liebe im Sinne einer Partnerschaft oder eines Elternteils und auch nicht um Freundschaft, auch wenn der eine oder andere Patient sich dies vielleicht so wünschen würde. (Das bedeutet aber z. B., dass auch im Rahmen der KVT der Abschied aus der Therapie ein zum Teil schwieriger und von daher immer ein geplanter Prozess ist bzw. sein sollte.) Über diese eher emotionale Komponente und Basis der therapeutischen Beziehung hinaus hat der Therapeut, wie oben bereits dargestellt, aber auch die Expertenrolle inne und leitet den Patienten hinsichtlich der notwendigen Therapieschritte an. Zum einen werden psychoedukativ (handlungsleitende) Informationen weitergegeben oder vermittelt, und zum anderen wird mit dem Patienten gemeinsam dessen individuelle »Sicht auf die Dinge« erhoben, hinterfragt bzw. überprüft und ggf. korrigiert (»kollaborativer Empirismus«). Als kommunikatives Stilmittel wird hier das »geleitete Entdecken« (vielmals auch als »sokratische Gesprächsführung« bezeichnet) angestrebt, d. h., der Therapeut versucht durch Beispiele und geschicktes Fragen den Patienten die notwendigen Erkenntnisse selbst gewinnen zu lassen. Dies ist in der Regel etwas langwieriger, und gelegentlich erfordert es auch eine Menge Geduld auf Therapeutenseite, aber im Hinblick auf die Nachhaltigkeit im Sinne einer tiefer gehenden Verankerung im Denken des Patienten ist es einfach um vieles günstiger. Als »Sonderform« dieses Gesprächsstils soll hier noch der »sokratische Dialog« benannt werden, quasi die »Königdisziplin« der kognitiven Techniken, in der nach spezifischen Kriterien in Anlehnung an die Vorgehensweise des griechischen Philosophen Sokrates die Annahmen und Gedankengänge von Patienten auf nahezu

philosophischer Ebene diskutiert werden (vgl. hierzu Stavemann, 2002).

1.3.3 Mögliche Therapiebausteine im Rahmen der Depressionsbehandlung

Wie bereits oben dargestellt, ist die KVT in der Regel störungsspezifisch und auf Symptomreduktion ausgerichtet. Dies gilt natürlich auch für die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung depressiver Störungen. Bislang liegen verschiedene Therapiebücher, Manuale, Gruppenkonzepte etc. zur Behandlung dieses Störungsbildes vor (wie z. B. von Hautzinger, 2003; oder Schaub, Roth & Goldmann, 2006). Mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung fokussieren diese Behandlungsansätze vor allem das depressive Rückzugsverhalten, das extrem negative Denken sowie die geringe Selbstfürsorge depressiver Patienten, sei es z. B. durch Defizite im zwischenmenschlichen Bereich oder durch mangelnde Genuss- und Entspannungsfähigkeit. Da es sich bei depressiven Erkrankungen oftmals um Störungen mit episodischem Verlauf handelt, wird auch dem Thema Rückfallprophylaxe in der Regel große Aufmerksamkeit gewidmet. Hier steht vor allem das Training der Fähigkeit, die ersten Symptome einer erneuten depressiven Episode frühzeitig zu erkennen und dann im Folgenden die in der Therapie gelernten Strategien im Selbstmanagement gegensteuernd einzusetzen, im Fokus (z. B. Erhöhung der Rate angenehmer Tätigkeiten, Analyse der eigenen Gedankengänge usw.). Darüber hinaus geht es darum, sich auch in der Zeit nach der Behandlung realistische Ziele zu setzen und Risikosituationen (z. B. erhöhte Belastung aufgrund anstehender Lebensveränderungen, beruflicher Mehrarbeit oder Ähnliches) als solche zu erkennen und auch hier entsprechend »prophylaktische Maßnahmen« zu ergreifen.

Entsprechend der genannten Zielstellung sind auch die zum Einsatz kommenden Techniken gewählt.

1. Aufbau positiver Aktivitäten:

Bei allen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen wird gezielt am Aufbau positiver und der Reduktion depressionsfördernder Aktivitäten gearbeitet, um den Patienten handlungsorientiert wieder mehr aktiv und gestaltend am Leben teilhaben zu lassen. Diese Techniken sind zentral für die Therapie, zeigen in Studien eine sehr hohe Wirksamkeit und werden in Kapitel drei ausführlich behandelt.

2. Kognitive Therapiemethoden zur Umstrukturierung und Veränderung automatischer negativer Gedanken sowie depressiogener Grundannahmen:

Auch dies ist ein zentraler Bestandteil der Therapie. Hier wird mithilfe verschiedener kognitiver Techniken an den Gedanken des depressiven Patienten gearbeitet und diese systematisch hinterfragt und umstrukturiert. Auch dies ist ein sehr gut wirksamer zentraler Baustein der Therapie und wird im vorliegenden Buch in Kapitel vier detailliert beschrieben.

3. CBASP als alternative Behandlungsmethode chronisch depressiver Patienten:

Es ist zunehmend deutlich geworden, dass eine Subgruppe depressiver Patienten (in der Regel mit chronischem Verlauf oder dysthymen Krankheitsphasen) weniger von den bislang üblichen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden profitiert, sondern aufgrund von Besonderheiten in der kognitiven Verarbeitung zwischenmenschlicher Erfahrungen eher auf die Behandlungstechniken eines neueren Ansatzes, des Cognitive Behavioral Analysis Systems of Psychotherapy (CBASP), anspricht. Vor dem

Hintergrund der Lerngeschichte des jeweiligen Patienten werden hier mithilfe strukturierter Situationsanalysen und den kontinuierlichen (disziplinierten) Rückmeldungen des Therapeuten zu seinen persönlichen Empfindungen in der Therapie mit dem Patienten gezielt Zusammenhänge zwischen dem eigenen Denken und Verhalten sowie den Reaktionen der Umwelt herausgearbeitet. Dadurch erleben die Patienten, in welcher Weise sie Einfluss nehmen können, um ihre persönlichen Lebensziele zu erreichen (vgl. McCullough, 2006, Literatur ergänzen). Dieser neue Ansatz wird im Kapitel sechs ausführlich beschrieben

Darüber hinaus kommen häufig auch noch weitere Interventionen zum Einsatz, deren ausführliche Darstellung aus Platzgründen im Rahmen dieses Buches nicht erfolgen kann. Es sollen diese durchaus sinnvollen und hilfreichen Therapieelemente jedoch zumindest genannt werden. Für den Leser mit weiterführendem Interesse verweisen wir z. B. auf die im Text angegebenen Quellen.

4. Training sozialer Kompetenz:

Viele depressive Patienten zeigen Defizite in den zwischenmenschlichen Fertigkeiten, die sie daran hindern, ihr soziales Umfeld nach ihren Wünschen und Bedürfnissen zu gestalten. Dies betrifft zum einen Fähigkeiten wie das Äußern von Wünschen oder auch das angemessene Aufzeigen von Grenzen, aber auch Fertigkeiten, die notwendig sind, um sich ein soziales Netz aufzubauen wie z. B. Kontaktaufnahme zu Fremden oder die Gestaltung von (freundschaftlichen) Beziehungen. Diese Fertigkeiten können gezielt trainiert werden, und es existieren sehr ausführliche Beschreibungen zu möglichen Vorgehensweisen in entsprechenden Manualen (z. B. Gruppentraining Sozialer Kompetenz GSK von Hinsch & Pfingsten, 2002; Assertiveness Training Programm von Ullrich/de Muynck, 1989, 1990, 1991). In der Regel starten

diese Therapiemodule mit einem Diskriminationstraining, d. h. mit Übungen, um sozial kompetentes von selbstunsicherem aber auch von aggressivem Verhalten unterscheiden zu lernen. Im Folgenden wird dann mithilfe von Rollenspielen sozial kompetentes Verhalten für spezifische (prototypische) Situationen trainiert (z. B. Forderungen stellen, Bitten ablehnen, Gefühle äußern etc). Diese Rollenspiele werden mit Video aufgenommen und anschließend ausgewertet, um mit dem Patienten eine objektivere Einschätzung der eigenen Wirkung auf andere zu erarbeiten und Fortschritte zu verdeutlichen. Wichtig ist (wie bei allen Therapieschritten) natürlich auch hier eine realistische Zielsetzung zu den angestrebten Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich. Zwischen den einzelnen Trainingssitzungen werden die besprochenen Inhalte in spezifisch ausgesuchten bzw. auch vorgegebenen Situationen in vivo geübt. Optimalerweise findet dieses Training in einem Gruppensetting statt, sodass es eher im stationären Setting (dort mittlerweile jedoch nahezu »routinemäßig«) eingesetzt wird. Zum Teil werden derartige Trainings auch von entsprechend geschulten Mitarbeitern der Pflege (Cotherapeuten) sehr erfolgreich angeboten (vgl. z. B. Nisch & Schnieders, 2008). Im Manual von Kühner und Weber (2001) wird zudem eine Möglichkeit dargestellt, wie sich das Thema auch in ein Gruppenkonzept zur Depressionsbewältigung bzw. -prophylaxe einbauen lässt, Hautzinger (2003) beschreibt Entsprechendes für die Einzeltherapie.

5. Euthyme Therapie/Genusstraining:

Ein weiterer – ebenso vor allem im stationären Setting recht häufig eingesetzter – Therapiebaustein ist das sogenannte Genusstraining (Euthyme Therapie). Im Rahmen der Euthymen Therapie wird explizit die Genussfähigkeit des Patienten geschult und die Fähigkeit

zur Unterscheidung verschiedener Sinnesreize sowie das achtsame Eingehen auf diese Sinneserfahrungen gestärkt. In der Regel beginnen derartige Trainings im Gruppensetting mit einer psychoedukativen Auseinandersetzung zu den Bedingungen, die für das Erleben von Genuss gegeben sein müssen («Genussregeln»), z. B. »Genuss muss erlaubt sein« oder »Genuss geht nicht nebenbei«. Im weiteren Verlauf werden die einzelnen Sinneskanäle (Riechen, Schmecken, Sehen, Hören, Fühlen usw.) gezielt angesprochen. Mithilfe verschiedener Übungen werden die einzelnen Sinnesmodalitäten (wieder) sensibilisiert, das Erkennen von Unterschieden zwischen verschiedenen Sinnesreizen und ihren emotionalen Auswirkungen trainiert, angenehme Vorerfahrungen reaktiviert und Möglichkeiten des Genusses über diese Sinnesmodalität im Alltag besprochen und zwischen den Sitzungen geübt. Dieses Training kann erfahrungsgemäß eine sehr wertvolle Ergänzung zum Aufbau angenehmer Tätigkeiten darstellen. Manchmal ist es sogar notwendig, derartige Aspekte gezielt dem Aktivitätenaufbau »vorzuschalten«, damit der Patient überhaupt »empfindlich« ist für den positiven Verstärkerwert einer Aktivität. Eine sehr schöne Beschreibung zur Euthymen Therapie als Gruppenkurs sowie auch zu Möglichkeiten der Integration derartiger Aspekte in das einzeltherapeutische Setting findet sich z. B. bei Koppenhöfer (2004).

6. Entspannungsverfahren:

Depressive Patienten zeigen im Rahmen ihrer Erkrankung in der Regel ein sehr hohes »Stressniveau« einhergehend mit einem erhöhten psychophysischen Arousal. In vielen Fällen fällt es ihnen schwer »abzuschalten«, oftmals wird von »innerer Unruhe« berichtet einhergehend mit Verspannungen in der Schulter-Nacken- sowie