



Leseprobe aus: Hautzinger, Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen, ISBN 978-3-621-28075-4

© 2013 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28075-4>

tischen Handelns«). Aufgrund der Problemanalyse und erster Erfahrungen im Therapieprozess bietet es sich bei vielen Patienten an, Schwerpunkte beim therapeutischen Vorgehen zu setzen.

So ist es z. B. sinnvoll, bei sehr passiven und zurückgezogenen Patienten, denen es jedoch prinzipiell nicht an sozialen Fertigkeiten mangelt, zunächst das Hauptaugenmerk auf die Erhöhung des Aktivitätsniveaus zu richten und im Zuge der Bearbeitung dieses Problembereichs auf die Verbesserung sozialer Fertigkeiten und die Veränderung kognitiver Verzerrungen zu achten. Bei vielen anderen Patienten kann es aufgrund der Problemanalyse offensichtlich werden, dass ihre depressive Stimmung in engem Zusammenhang mit selbstabwertenden Gedanken und depressionsfördernden Grundannahmen steht. Bei solchen Patienten empfiehlt es sich, Methoden zur Veränderung von Kognitionen ins Zentrum des therapeutischen Vorgehens zu stellen und entlang dieses Vorgehens die Rate positiver Aktivitäten und sozialer Fertigkeiten zu erhöhen.

Die Entscheidung für einen Schwerpunkt oder die Gewichtung der verschiedenen Interventionsprinzipien sollte vom Therapeuten ständig kontrolliert und hinterfragt werden und somit entsprechend den Erfordernissen veränderbar sein.



Unabhängig von der Wahl eines Schwerpunktes sind folgende Grundelemente der einzelnen Problem- bzw. Interventionsbereiche des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehens bei Depression im Verlauf einer Therapie zu bearbeiten, um wichtige Themen durch die einseitige Wahl eines Schwerpunkts nicht zu vernachlässigen:

- ▶ Die Selbsteinschätzung des Aktivitätsniveaus, die Planung positiver Aktivitäten (Verhaltensaktivierung) und der Einsatz von Verstärkern beim »Aufbau positiver Aktivitäten«.
- ▶ Die Identifikation und Kontrolle automatischer Gedanken und Grundannahmen sowie metakognitiver Strategien bei der »Veränderung von Kognitionen«
- ▶ Die Einschätzung der individuellen Kompetenz und Vermittlung von Grundfertigkeiten bei der »Verbesserung sozialer und kommunikativer Fertigkeiten«
- ▶ Der Abschnitt »Beibehalten der Therapiefolge« steht am Ende jedes Therapieprozesses

**Individuell vorgehen.** Sprechen keine wichtigen Gründe (z. B. Suizidalität, Krisen) dagegen, so wird in der Regel zunächst mit der Verhaltensaktivierung (»Aufbau positiver Aktivitäten«, Tagesstrukturierung) begonnen, da dies rasch zur Verbesserung des Befindens beiträgt und außerdem damit Informationen über automatische Gedanken oder kognitive Fehler bzw. Verhaltensdefizite, soziale Schwächen oder Stärken aufgedeckt werden. Wann diese einzelnen therapeutischen Grundelemente dann durch den Therapeuten in den Therapieprozess eingebaut werden, sollte jeweils vom individuellen Verlauf der Behandlung abhängig gemacht werden.

Ein Übergang von einem Behandlungselement zum anderen sollte dem Patienten mitgeteilt und begründet werden. Dies kann notwendig sein, wenn ein Behandlungselement erfolgreich bearbeitet worden ist oder wenn mit einem neuen begonnen wird.

Erscheint die Erhöhung positiver Aktivitäten aufgrund gravierender Verhaltenslücken (z. B. sozialer Schwächen) kaum erfolgversprechend, sollte gleich zum Kompetenzaufbau (z. B. Verbesserung sozialer Fertigkeiten) übergegangen werden. Können positive Konsequenzen von Tätigkeiten oder sozialen Interaktionen aufgrund extremer Selbstabwertung nicht wahrgenommen werden, dann sollte rasch zur »Veränderung von Kognitionen« gewechselt werden.

### 6.3 Dauer der Therapie

Kognitive Verhaltenstherapie stellt einen zeitlich begrenzten Versuch dar, wesentliche Probleme der Patienten gemeinsam (kooperativ) zu lösen. Meiner Erfahrung nach dauert eine derart durchgeführte Depressionsbehandlung meist zwischen 35 bis 45 Sitzungen verteilt über 1 Jahr. Eine vorläufige Festlegung auf diese Sitzungszahl, mit anfangs zwei wöchentlichen, später einmal wöchentlichen oder sogar vierzehntäglichen Kontakten, ist therapeutisch sinnvoll. Wird die KVT vor allem als Rückfallprophylaxe, nach Überwindung der akuten depressiven Episode eingesetzt, dann reichen meist 20 bis 25 Sitzungen über einen Zeitraum von acht bis neun Monaten.

Bevor darüber hinausgehende Therapiekontakte vereinbart werden, sollten Therapeut und Patient gemeinsam prüfen, welche zentralen Probleme bei Behandlungsbeginn vorlagen und welche davon inzwischen bearbeitet sind. Es ist weiter zu prüfen, ob eine Unterbrechung von z. B. zwei Monaten nicht eine wichtige Erfahrung des selbstständigen Zurechtkommens für einen Patienten ist, bevor weitere Therapiesitzungen stattfinden.

#### Beendigung der Therapie

Die Beendigung der Therapie sollte nicht abrupt erfolgen, sondern ausreichend vorbereitet werden. Hierbei ist es notwendig, die wesentlichen Schritte in der Therapie noch einmal zusammenzufassen, die zentralen Problembereiche und die dazu in der Therapie erarbeiteten Lösungswege zu rekapitulieren und die vom Patienten erreichten Erfolge herauszustellen. Die verständlichen Ängste von Patienten vor dem Therapieende sollten schon vor der letzten Therapiestunde thematisiert werden. Wichtig ist es hierbei, auf eventuelle (wiederkehrende) kognitive Verzerrungen bei Patienten zu achten, darauf aufmerksam zu machen und zu selbstständigen Lösungen zu ermuntern (s. a. Kap. 11). Die Bearbeitung des Therapieendes wird so zu einer exemplarischen Situation der Trennung, des Verlusts und der Veränderung – ein Problembereich, der je nach Patient Schwierigkeiten bereitet. Sollte dies der Fall sein, dann werden einige Sitzungen, u. U. in größeren Abständen, zur (kognitiven) Bearbeitung benötigt.

### 6.4 Erweiterung therapeutischer Interventionen

**Angstbewältigung.** Bei manchen Patienten mit starker innerer Unruhe oder hoher sozialer Angst sind therapeutische Interventionen angebracht, die hier nicht beschrie-

ben werden (vgl. Linden & Hautzinger, 2011). So kann es erforderlich sein, Techniken der Angstbewältigung durch systematische Desensibilisierung, Reizüberflutung oder Entspannungsverfahren anzuwenden, um ein erfolgreiches Vorgehen bei der Bearbeitung bestimmter Problembereiche zu fördern.

**Zwänge und zwanghafte Verhaltensweisen.** Zur Korrektur zwanghafter Verhaltensweisen, die oft in Verbindung mit Depressionen auftreten können, ist es unter Umständen notwendig, auf Exposition mit Reaktionsverhinderung, gelenktes Üben und Gedankenstopp zurückzugreifen. Es versteht sich von selbst, dass vor Anwendung dieser Verfahren eine ausführliche Verhaltensdiagnostik und Aufklärung mit Psychoedukation stattfinden sollte (vgl. Oelkers & Hautzinger, 2013).

**Substanzmissbrauch.** Die unterschiedlichsten Substanzen (meist Alkohol, doch auch Nikotin oder Medikamente) werden zur Linderung von Beschwerden, zur Distanzierung und zur Ablenkung eingesetzt. Meist geht mit dem Substanzkonsum eine kurzfristige Besserung, d. h. negative Verstärkung einher. Dies kann zur Gewöhnung führen, woraus sich neben der Depression ein weiteres Problem auftut und therapeutisch bearbeitet werden muss. Hierfür haben sich Elemente der Stimuluskontrolle, des Aufbaus von Verhaltensalternativen, auch kognitive Interventionen, Alltagsgestaltung und ggf. Reizexposition bewährt (vgl. Lindenmeyer, 2005, 2012; Petry, 2011).

**Schlafstörungen.** Durchschlafschwierigkeiten und Früherwachen verschwinden meist mit den ersten Therapiefortschritten im Rahmen der KVT (vor allem wenn diese mit antidepressiver Medikation kombiniert wird). Stehen hartnäckige Schlafstörungen im Vordergrund, sollten diese therapeutische Aufmerksamkeit finden. Wichtig dabei ist, die genaue und gezielt auf das Schlafverhalten abgestimmte funktionale Verhaltensanalyse. Ergänzend zur Überwindung von Schlafstörungen bieten sich hypnotherapeutische, schlafhygienische und sportliche Maßnahmen an (vgl. Riemann, 2011; Spiegelhalder et al., 2011).

**Chronische Schmerzen.** Körperliche Beschwerden können bei Depressionen ganz im Vordergrund stehen. Eine starke somatische Orientierung von Patienten erfordert häufig, dass die Behandlung ganz auf den Körper und die Bewältigung von Schmerzen ausgerichtet ist. Die Depression wird meist als Reaktion auf die chronischen Schmerzen gesehen. Entsprechend müssen die Erklärung (Modell) und die Therapie ganz auf die Schmerzen ausgerichtet sein. Hilfreich dafür sind die Vorschläge von Hermann und Flor (2011) sowie von Kröner-Herwig (2009), welche u. a. kognitive, aktivierende und ablenkende Interventionen umfassen.

**Einbezug enger Sozialpartner.** Der Einbezug enger Sozialpartner eines Patienten in die Therapie kann sich als sinnvoll erweisen, wenn schwerwiegende Probleme in der Beziehung des Patienten mit diesem Sozialpartner ein Hindernis für den Fortgang der Therapie darstellen oder die Mitarbeit des Sozialpartners eine unverzichtbare Hilfe oder Unterstützung für den Therapieprozess bedeutet. Das hier beschriebene Vorgehen kann daher um paar- oder familientherapeutische Elemente erweitert werden (s. dazu Kap. 10).

# 7 Grundelemente erfolgreicher Psychotherapie

## 7.1 Grundmerkmale des Therapeutenverhaltens

Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen stellt eine Reihe von Anforderungen an die Therapeuten, die sowohl die Beherrschung verschiedener Behandlungstechniken einschließen als auch zwischenmenschliche Qualitäten, besondere Verhaltensweisen und Einstellungen verlangen. Im Folgenden sollen therapeutische Grundelemente, wünschenswerte Therapeutenmerkmale und spezielle Richtlinien für das Handeln des Therapeuten charakterisiert werden. Dabei sind die Arbeiten von Truax und Carkhuff (1967), Goldstein (1977) und Stravinsky & Greenberg (1992) zur Beziehungsgestaltung, zum Vertrauen und zu den wesentlichen Merkmalen psychotherapeutischer Interaktionen mit Depressiven (Hofmann & Hoffmann, 2007; Beck et al., 1986; Stavemann, 2002) hilfreich.

### **Erfolgreiche Psychotherapeuten (KVT) (mit depressiven Patienten) sind**

- (1) problemorientiert,
- (2) strukturiert,
- (3) zielorientiert,
- (4) aktiv,
- (5) direktiv,
- (6) interessiert, neugierig,
- (7) sokratisch fragend,
- (8) erklärend, informierend (Psychoedukation zu Ätiologie, Verlauf, Prognose),
- (9) (therapiebezogenes) Modell der Depression aus Biografie ableitend,
- (10) beziehungs-fokussiert, selbsteinbringend,
- (11) gegenwarts- und alltagsnah,
- (12) konkret,
- (13) zusammenarbeitend (kooperierendes Arbeitsbündnis),
- (14) professionell, interaktionell sicher,
- (15) rückversichernd, erfragend,
- (16) zusammenfassend,
- (17) fertigkeiten- und ressourcenorientiert,
- (18) neulernend, Kompetenzen erweiternd,
- (19) übend und Verhalten verändernd,
- (20) Aufgaben zwischen den Sitzungen absprechend und abmachend.

Eine große Gefahr bzw. ein Missverständnis des der KVT bei Depression zugrundeliegenden (recht einfachen) Therapiemodells (s. Abb. 4.6) besteht darin, dass ange-

nommen werden kann, diese Psychotherapie mache eigentlich nichts anderes als Patienten zu raten: »Sei doch aktiver.«, »Denk doch nicht so komisch.«, »Trau dir doch mehr zu.« So ein therapeutisches Verhalten kann niemals funktionieren, denn derartige »Ratschläge« erhalten depressive Patienten ständig, ohne dass eine Besserung eintritt. Im Gegenteil, Patienten fühlen sich durch derartige Äußerungen entwertet und nicht ernst genommen. Sie zeugen davon, dass ein Gegenüber kein Einfühlungsvermögen und kein Wissen zu der Erkrankung Depression besitzt. Psychotherapeuten geben keine Ratschläge oder versuchen Patienten zu überzeugen. Im Gegenteil, sie versuchen, dem Patienten dadurch zu helfen, selbst zu entdecken, was eine geeignetere Strategie zur Problemlösung ist, als resignativ und depressiv zu sein. Das wird allgemein mit »sokratische Gesprächsführung« umschrieben und spielt im gesamten Therapieprozess eine zentrale Rolle (s. Tab. 7.1).

**Tabelle 7.1** Falsche und hilfreiche Therapeutenäußerungen

<b>Patientenäußerung</b>	<b>Falsche Therapeuten-äußerungen</b>	<b>Hilfreiche Therapeuten-äußerungen</b>
»Das schaffe ich nie!«	»Jetzt trauen Sie sich doch mehr zu!« »Einfach mal probieren!«	»Wie kommen Sie denn darauf?« »Würden Sie mir so eine Selbstbewertung auch empfehlen?« »Halten Sie das für eine hilfreiche Art und Weise, sich aufzumuntern?«
»Ich bleibe lieber liegen.«	»Jetzt sind Sie doch aktiver« »Das hilft doch nicht weiter!«	»Wie geht es Ihnen wohl, wenn Sie noch eine weitere Stunde auf dem Sofa liegen?« »Ich weiß, das ist anstrengend! Was würden Sie mir raten, was ich tun soll, wenn ich so kraftlos bin?«
»Ich bin dazu nicht fähig.«	»Jetzt zweifeln Sie doch nicht ständig an sich!« »Denken Sie doch nicht so.«	»Woher haben Sie diese Überzeugung? Hilft diese Einschätzung?« »Würden Sie Ihrer Tochter raten, so über sich zu denken?«

depressiven Patienten bemüht und versucht nicht, für ihn zu denken oder gar für ihn zu entscheiden (s. folgenden Kasten).

**Gestaltung der Tagesordnung.** Bei der Gestaltung der Tagesordnung sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- ▶ Die Erstellung der Tagesordnung sollte nicht länger als fünf Minuten dauern.
- ▶ Die Tagesordnung bietet für Patient und Therapeut einen Orientierungsrahmen, der nach Möglichkeit eingehalten werden soll, der aber nicht vom Therapeuten und vom Patienten als statische, unveränderbare, einengende Struktur begriffen werden darf.
- ▶ In einer einstündigen Sitzung sind selten mehr als zwei Tagesordnungspunkte (außer den retrospektiven Teilen) zu bearbeiten. Oft reicht die Zeit nicht einmal für die Bewältigung eines Themas.
- ▶ Bei einzelnen Fällen bzw. zu einzelnen Sitzungen kann es außerdem sinnvoll sein, bereits zu Beginn der Sitzung gemeinsam mit dem Patienten festzulegen, wie viel Zeit für jeden der anstehenden Punkte eingeplant werden soll.

#### **Angemessenes Therapeutenverhalten**

- ▶ Der Therapeut erfragt Erkenntnisse, Probleme und Schwierigkeiten des Patienten bei der Aufgabendurchführung und schlägt dies eventuell als Punkt der Tagesordnung vor.
- ▶ Der Therapeut erfragt Erkenntnisse, Eindrücke, Erlebnisse und Probleme des Patienten als Reaktion auf die letzte Therapiestunde.
- ▶ Der Therapeut fragt nach bedeutsamen Ereignissen und Erlebnissen des Patienten in der Zeit nach der letzten Therapiestunde.
- ▶ Der Therapeut fragt nach Aufgaben und Ereignissen, die auf den Patienten zukommen werden.
- ▶ Der Therapeut fragt den Patienten, über welche weiteren Themenbereiche er sprechen möchte.
- ▶ Der Therapeut schlägt die Besprechung von Themen vor, die in der letzten Therapiestunde nur sehr kurz oder nicht mehr behandelt werden konnten.
- ▶ Der Therapeut schlägt eigene Themenbereiche vor.
- ▶ Der Therapeut erstellt gemeinsam mit dem Patienten eine Prioritätenliste, wobei entschieden wird, welche Themen in dieser Stunde behandelt und welche auf später vertagt werden sollen.
- ▶ Therapeut und Patient legen gemeinsam eine Reihenfolge der in dieser Stunde zu behandelnden Themen fest.
- ▶ Der Therapeut fasst noch einmal die erarbeiteten Tagesordnungspunkte zusammen und beginnt mit der Besprechung des ersten Punktes.

#### **Ungünstiges Therapeutenverhalten**

- ▶ Der Therapeut legt die Tagesordnung fest, ohne sich mit dem Patienten abzustimmen.

- ▶ Der Therapeut erkundigt sich nicht nach Ereignissen und Problemen bei der Aufgabenführung und erfragt keine weiteren Eindrücke zur letzten Therapiestunde, wenn nicht der Patient von selbst darauf zu sprechen kommt.
- ▶ Der Therapeut erfragt keine zukünftigen schwierigen Aufgaben und Probleme des Patienten.
- ▶ Der Therapeut geht an wesentlichen Bedürfnissen des Patienten bei der Erstellung der Tagesordnung vorbei.
- ▶ Kaum oder nicht behandelte Themenbereiche aus der letzten Stunde werden nicht mehr angesprochen (»vergessen«).
- ▶ Die speziellen Therapieziele für diese Stunde werden nur sehr ungenau benannt.
- ▶ Bei der endgültigen Erstellung der Tagesordnung werden keine Priorität und keine Reihenfolge festgelegt.
- ▶ Es wird vom Therapeuten überhaupt keine Agenda erarbeitet, sondern er beginnt sofort mit der Therapie, obwohl hierfür keine Gründe feststellbar sind (z. B. sehr verzweifelte Grundstimmung des Patienten).
- ▶ Der Therapeut beharrt auf der Bearbeitung einer Tagesordnung, obwohl der Patient aktuell dazu nicht in der Lage ist (z. B. wegen einer Krise, starker Verzweiflung etc.).

Die Erstellung der Tagesordnung sollte mit Ausnahme der ersten Therapiestunde jedes Mal erfolgen. Lediglich bei akuten depressiven Krisen kann die explizite Stundenplanung wegfallen. Ferner ist die Tagesordnung als Rahmen zu verstehen, d. h., neue, wichtige Themen, die während der Therapiestunde angesprochen werden, können die vorher erarbeitete Tagesordnung verändern (neue Themen können sich ergeben oder der zeitliche Rahmen für die Besprechung der einzelnen Themen kann sich verändern etc.). Einhalten und Bearbeiten der Tagesordnung in der Sitzung ist gemeinsames Ziel von Therapeut und Patient. Es stellt eine beträchtliche Anforderung an einen Therapeuten dar, trotz Beachtung der gemeinsamen Sitzungsplanung ausreichende Flexibilität zu zeigen, um Probleme, die während des Therapieverlaufs auftauchen, noch zu berücksichtigen. Eine gute und richtige Strukturierung ermöglicht Raum für nicht vorhersehbare Themen und Schwierigkeiten.

### **Die effektive Verwendung der Therapiezeit**

Die optimale Verwendung der Therapiezeit ist sehr wichtig, da die Kognitive Verhaltenstherapie sich von den meisten anderen Psychotherapien durch eine relativ geringe Anzahl von Therapiesitzungen unterscheidet. Für die Durchführung bedeutet dies konkret, dass die vorherige Grobplanung der Therapiestunden in den meisten Fällen auch in die Tat umzusetzen ist. Die Tagesordnungspunkte sollten in der Regel nacheinander behandelt und die vorher u. U. eingeräumte Therapiezeit für die Dauer der einzelnen Punkte weitestgehend eingehalten werden (wobei sich natürlich Veränderungen aufgrund aktueller Ereignisse ergeben können).

Der Therapeut leitet in der verfügbaren Zeit das Gespräch auf die therapeutisch wesentlichen Aspekte und Problembereiche und versucht, dem Patienten zu neuen Einsichten und Erkenntnissen zu verhelfen, ohne jedoch zu überfordern. Er beendet einen Themenbereich möglichst zu der vorgegebenen Zeit oder aber auch früher, wenn sich keine wesentlich neuen Aspekte ergeben, und geht nach einer kurzen Zusammenfassung zum nächsten Tagesordnungspunkt über. Der Therapeut übernimmt überwiegend die (aktive, direktive, sokratische) Gesprächsführung (vor allem in der ersten Phase der Therapie) und führt immer wieder auf das Kernthema zurück (strukturiert, fasst zusammen), wenn der Patient abschweift (z. B. durch Äußerungen wie: »Lassen Sie uns doch noch einmal zum Ausgangspunkt zurückkommen. Sie haben eben gesagt, ...«). Zu einem optimalen Therapeutenverhalten gehört hier auch die Flexibilität, eine ursprüngliche Strukturierung zugunsten eines neuen wichtigen Themas zu verändern. Diese Änderung muss jedoch so erfolgen, dass noch genügend Zeit (mindestens zehn Minuten) verbleibt, um an dem neuen Punkt zu arbeiten.

#### **Angemessenes Therapeutenverhalten**

- ▶ Der Therapeut unterbricht den Patienten, wenn er wiederholt abschweift, und führt ihn auf das Thema zurück.
- ▶ Der Therapeut versucht, die Struktur der Therapiestunde themen- und zeitmäßig einzuhalten.
- ▶ Wenn wesentliche neue Erkenntnisse und/oder bisher nicht bekannte Problembereiche angesprochen werden, ist der Therapeut flexibel genug, dieses neue wichtige Thema zielorientiert weiterzuverfolgen, statt das Gespräch abzubrechen und zu einem neuen Punkt überzugehen.
- ▶ Der Therapeut unterbricht längere (unproduktive) Schweigephasen des Patienten.

#### **Ungünstiges Therapeutenverhalten**

- ▶ Der Therapeut hält sich ohne ersichtlichen Grund nicht an die festgelegte Tagesordnung.
- ▶ Der Therapeut springt von einem Thema zum anderen, ohne auf eines näher einzugehen.
- ▶ Dem Therapeuten gelingt es nicht, den ständig abschweifenden Patienten auf das Thema zurückzubringen.
- ▶ Der Therapeut unterbricht längere Schweigephasen des Patienten nicht.
- ▶ Der Therapeut orientiert sich ausschließlich an den Inhalten der Tagesordnung und ist nicht flexibel genug, wichtige neue Themen aufzugreifen.

## **7.3 Aufgaben und Übungen zwischen den Sitzungen**

Als Übung zwischen den Sitzungen wird jegliche Aufgabe verstanden, die außerhalb der direkten Therapiekontakte selbstständig zu leisten ist. Die Bedeutung von der-

artigen Aufgaben für eine wirksame Psychotherapie ist wiederholt hervorgehoben und als Wirkfaktor belegt worden. Die systematische Anwendung und Einhaltung von Aufgaben scheint wesentlich dazu beizutragen, dass eine Besserung eintritt und der Erfolg nach Beendigung der Behandlung anhält. Dauerhafte Veränderungen sind leichter zu erreichen, wenn ein Patient aktiv an Erfahrungen außerhalb der Therapie- stunde beteiligt ist. Außerdem erhält ein Patient dadurch Gelegenheit, die speziellen Techniken und Fertigkeiten anzuwenden, die zuvor während der Therapie gelernt und eingeübt wurden. Übungen und Aufgaben dienen zur Verstärkung und Ergänzung des Lernens in der Therapie.

Der Patient wird angehalten, die Aufgaben als einen wesentlichen Bestandteil der Behandlung zu betrachten. Therapeuten sollten ausreichend Zeit für die Begründung und Besprechung von Übungen zwischen den Sitzungen einplanen. Während einer Behandlung wird immer wieder betont, wie wichtig es ist, sich jeder Übung zu unterziehen. Patienten engagieren sich mit größerer Wahrscheinlichkeit für eine Aufgabe, wenn sie die Gründe dafür verstehen und wenn sie Gelegenheit erhalten, ihre Einwände dagegen vorzubringen.

### **Formulierung der Aufgaben**

Therapeut und Patient formulieren möglichst gemeinsam die Übungen und Aufgaben. Dies gestattet es dem Therapeuten, die Aufgaben auf die Situation des Patienten zuzuschneiden. Durch dieses gemeinsame Vorgehen werden die Aufgaben zu einer Vereinbarung, und man vermeidet »Machtkämpfe« zwischen Patient und Therapeut. Patienten sollen erfahren, dass sie bei der Formulierung der Übungen und Aufgaben eine wichtige Rolle spielen und sie dazu immer gefragt werden.

Wenn immer möglich, legt der Therapeut die theoretischen und therapeutischen Gründe für die Aufgaben dar. Um zu erreichen, dass die Übungen gemacht werden, können die Aufgabe als Experiment dargestellt werden. Statt zu sagen: »Das wird Ihnen gut tun«, oder: »Sie sollten diese Aufgabe bis nächstes Mal auf jeden Fall machen«, könnte der Therapeut sagen: »Warum versuchen Sie es nicht damit?«, oder: »Was haben Sie zu verlieren und was haben Sie zu gewinnen?«, oder: »Sehen wir einmal, ob wir gemeinsam einen Weg finden, um diese Gedanken zu überprüfen (bzw. diese neue Erfahrung zu machen)«.



Jede Übung ist auf den einzelnen Patienten zugeschnitten. Stärker depressiven Patienten werden einfachere Aufgaben gestellt. Es ist wichtig, dass der Patient jede Aufgabe als einen relativen Erfolg erlebt. Soweit dies möglich ist, sollte der Therapeut versuchen, Probleme bei der Ausführung der Hausarbeiten vorher zu sehen, vorher zu besprechen und vorher auszuräumen.

Therapeuten sollten bei der Beschreibung der Aufgabe sich klar und genau ausdrücken. Es ist besser zu sagen: »Schreiben Sie zwanzig Tätigkeiten auf«, als: »Halten Sie einige Aktivitäten fest«. Es ist oft nützlich, Patienten die Aufgabe in eigenen Worten

wiederholen und Hindernisse bei der Erledigung beschreiben zu lassen. Manchmal kann man Patienten veranlassen sich vorzustellen, wie sie die Aufgabe ausführen, sodass mögliche Hindernisse, mit denen der Patient rechnet, festgestellt und durch sorgfältigere Planung vermieden werden können.

Das Interesse des Therapeuten an den Aufgaben beeinflusst erfahrungsgemäß die Ausführung (»Compliance«) von Aufgaben. Über jede Übung sollte zu Beginn einer Sitzung berichtet werden. Gegen Ende jeder Sitzung sollten neue Aufgaben vereinbart werden. Durch die Berichterstattung über jede Aufgabe kann der Therapeut Patienten sozial verstärken. Außerdem liefert der Austausch über die Übungserfahrungen, ob die jeweiligen Instruktionen verständlich waren, die erwarteten Effekte eintraten und Ziele erreicht wurden.

Es ist ferner wichtig, die Einschätzungen (Gedanken) von Patienten zu erfahren, die durch die Aufgaben ausgelöst werden. Empfindet ein Patient beispielsweise die Aufgabe als zu einfach oder zu schwierig? Obwohl die Aufgabe dem Therapeuten einfach erscheinen mag, kann sie dem Patienten als fremdartig, kompliziert oder nicht für die eigenen Probleme passend erscheinen. Therapeuten sollten darauf achten, dass der Patient nicht oder nur teilweise erledigte Aufgaben, nicht als Misserfolg »verbucht«. Diese Bewertung muss korrigiert werden. Jeder Versuch, eine neue Aufgabe auszuführen, ist bereits als Erfolg anzusehen. Aus unerledigten bzw. nur teilweise erledigten Aufgaben und Übungen lassen sich viele Informationen über die Ansprüche (z. B. »perfekt sein zu müssen«), das Krankheitsmodell (z. B. passive Heilungserwartung) und die Selbstbewertungen (z. B. »Das bisschen zählt doch gar nicht!«). Die Berichte von Patienten über nicht bzw. unvollständig ausgeführte Aufgaben sind genauso nützlich wie ausgeführte Übungen. Wenn ein Patient die Aufgabe gar nicht zu machen versucht, sollte der Therapeut überprüfen, ob die Instruktionen missverständlich waren und ob der Patient die Relevanz der Aufgabe für die Überwindung eigener Probleme sehen kann bzw. verstanden hat.

### **Typische Aufgaben während der Behandlung depressiver Patienten**

- ▶ Selbstbeobachtungen verschiedenster Art (z. B. Verhaltensweisen, Aktivitäten, Stimmungen, Gefühle, Gedanken)
- ▶ Notizen zu bestimmten Erlebnissen, Eindrücken und Gedanken (z. B. Tagebuch)
- ▶ Übungsprotokolle der Anwendung bestimmter Techniken (z. B. sozial kompetentes Verhalten, Selbstverstärkung)
- ▶ Planungen von Aktivitäten (z. B. Tages-/Wochenpläne)
- ▶ Analysen von Erfahrungen (z. B. Zusammenhang von Situationen-Gefühlen-Gedanken)
- ▶ Realitätstests (z. B. Erprobung neuer Fertigkeiten unter anspruchsvollen, realistischen Bedingungen, Überprüfung von Annahmen, Entkatastrophisierungsübung)