

Hautzinger

8. Auflage

# Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen



E-Book inside +  
Arbeitsmaterial

**BELTZ**

# Inhalt

|   |    |
|---|----|
| <b>Vorwort</b>  | 10 |
| <b>I Grundlagen</b>   | 13 |
| <b>1 Erscheinungsbild der Depression</b>                    | 14 |
| <b>2 Epidemiologie und Komorbidität</b>                     | 16 |
| 2.1 Epidemiologie   | 16 |
| 2.2 Komorbidität  | 17 |
| <b>3 Klassifikation und Diagnostik</b>                      | 20 |
| 3.1 Diagnosekriterien                                       | 20 |
| 3.2 Differenzialdiagnose                                    | 23 |
| 3.3 Verhaltens- und Problemanalyse                          | 26 |
| 3.4 Diagnostische Instrumente                               | 33 |
| 3.5 Abklärung von Suizidalität                              | 40 |
| <b>4 Erklärungsansätze</b>                                  | 42 |
| 4.1 Ätiologie unipolarer Depressionen                       | 42 |
| 4.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Erklärungsmodelle     | 47 |
| 4.3 Integratives Depressionsmodell als Behandlungsheuristik | 55 |
| <b>5 Therapieforschung und Indikation</b>                   | 58 |
| 5.1 Therapiestudien zur Depression                          | 58 |
| 5.2 Indikation zur kognitiven Verhaltenstherapie            | 63 |
| <b>II Psychotherapie der Depression</b>                     | 67 |
| <b>6 Struktur der Behandlung</b>                            | 68 |
| 6.1 Überblick über den Behandlungsansatz                    | 68 |
| 6.2 Planung der Therapie                                    | 69 |
| 6.3 Dauer der Therapie                                      | 71 |
| 6.4 Erweiterung therapeutischer Interventionen              | 71 |
| <b>7 Grundelemente erfolgreicher Psychotherapie</b>         | 73 |
| 7.1 Grundmerkmale des Therapeutenverhaltens                 | 73 |
| 7.2 Struktur der Sitzungen                                  | 86 |
| 7.3 Aufgaben und Übungen zwischen den Sitzungen             | 91 |
| 7.4 Umgang mit Krisen                                       | 95 |
| 7.5 Wirkkomponenten erfolgreicher Depressionstherapie       | 97 |

|           |   |     |
|-----------|---|-----|
| <b>8</b>  | <b>Verhaltensaktivierung</b>  | 98  |
| 8.1       | <b>Einführung</b>   | 98  |
| 8.2       | <b>Selbstbeobachtung des Ist-Zustands</b>                                 | 107 |
| 8.3       | <b>Tagesstrukturierung, Verhaltensaufbau</b>                              | 109 |
| 8.4       | <b>Planung und Durchführung positiver Aktivitäten</b>                     | 112 |
| 8.5       | <b>Verstärkung und Selbstverstärkung</b>                                  | 115 |
| 8.6       | <b>Tätigkeitsplan und Verlaufsgrafik</b>                                  | 119 |
| 8.7       | <b>Erfolg und Vergnügen</b>   | 121 |
| 8.8       | <b>Typ-A- und Typ-B-Aktivitäten</b>                                       | 122 |
| 8.9       | <b>Werteorientierung hinterfragen</b>                                     | 124 |
| 8.10      | <b>Aktivitätenhierarchisierung</b>  | 127 |
| 8.11      | <b>Aktivitätenkontrolle</b>   | 128 |
| 8.12      | <b>Verhaltensaktivierung durch Sport</b>                                  | 129 |
| 8.13      | <b>Schrittzähler nutzen</b>   | 130 |
| 8.14      | <b>Reduzierung depressionsfördernder Aktivitäten</b>                      | 132 |
| 8.15      | <b>Verhaltensaktivierung: Ziele und Fazit</b>                             | 136 |
| 8.16      | <b>Fallbeispiel</b>   | 138 |
| <b>9</b>  | <b>Veränderung von Kognitionen</b>  | 142 |
| 9.1       | <b>Annahmen und Ziele kognitiver Interventionen</b>                       | 142 |
| 9.2       | <b>Automatische Gedanken, Grundüberzeugungen</b>                          | 143 |
| 9.3       | <b>Methoden der Gedankenkontrolle</b>                                     | 146 |
| 9.4       | <b>Kognitive Umstrukturierung</b>   | 150 |
| 9.4.1     | Beobachten und Erkennen von automatischen Gedanken                        | 151 |
| 9.4.2     | Erkennen von kognitiven Verzerrungen                                      | 156 |
| 9.4.3     | Verändern der automatischen Gedanken: »Tagesprotokoll negativer Gedanken« | 159 |
| 9.4.4     | Veränderung von Gedanken: Sokratische Gesprächsführung                    | 162 |
| 9.4.5     | Veränderung von Gedanken: Techniken kognitiver Umstrukturierung           | 166 |
| 9.4.6     | Identifikation und Modifikation dysfunktionaler Grundannahmen             | 176 |
| 9.5       | <b>Metakognitive Interventionsmethoden</b>                                | 187 |
| 9.6       | <b>Zwei Fallbeispiele zu Kognitivem Umstrukturieren</b>                   | 194 |
| 9.6.1     | Veränderung negativer Gedanken und Selbstbewertungen                      | 194 |
| 9.6.2     | Veränderung negativer Grundüberzeugungen und »Sollte-Äußerungen«          | 197 |
| <b>10</b> | <b>Erwerb von Fertigkeiten und Kompetenzerweiterung</b>                   | 201 |
| 10.1      | <b>Einführung</b>   | 201 |
| 10.2      | <b>Verbesserung sozialer Fertigkeiten</b>                                 | 202 |
| 10.3      | <b>Grundbausteine sozialer Kompetenztrainings</b>                         | 204 |
| 10.4      | <b>Soziale Kompetenz und soziale Grundfertigkeiten</b>                    | 211 |

|               |   |     |
|---------------|---|-----|
| 10.5          | Bearbeiten individueller Problembereiche                      | 214 |
| 10.6          | Kommunikations- und Partnerschaftstraining                    | 217 |
| 10.7          | Soziales Netz und soziale Unterstützung                       | 223 |
| 10.8          | Problemlösetraining   | 224 |
| 10.9          | Genusstraining  | 225 |
| 10.10         | Situationsanalyse   | 226 |
| 10.11         | Fallbeispiel: Soziale Kompetenz und Paartherapie              | 229 |
| <b>11</b>     | <b>Chronische Depressionen</b>                                | 232 |
| 11.1          | Theoretische Annahmen und empirische Befunde                  | 232 |
| 11.2          | Behandlungsziele und Therapieplan                             | 233 |
| 11.3          | Persönliches Einlassen  | 234 |
| 11.4          | Interpersonelle Diskrimination                                | 235 |
| 11.5          | Schwierigkeiten und Probleme mit chronifizierten Depressionen | 236 |
| <b>12</b>     | <b>Krisen, Notfallplanung, Erhaltung</b>                      | 238 |
| 12.1          | Frühzeitiges Erkennen von Depressionen                        | 238 |
| 12.2          | Notfallplanung  | 239 |
| 12.3          | Aufrechterhaltung positiver Aktivitäten                       | 239 |
| 12.4          | Stabilisierung veränderter Kognitionen                        | 240 |
| 12.5          | Erkennen depressionsauslösender Ereignisse                    | 241 |
| 12.6          | Planung der Zukunft   | 242 |
| 12.7          | Informationen für Betroffene und Angehörige                   | 244 |
| <b>13</b>     | <b>Rezidivierende Depressionen</b>                            | 245 |
| 13.1          | Interventionsrational   | 245 |
| 13.2          | Therapeutische Konzepte                                       | 246 |
| 13.3          | Kognitive Erhaltungstherapie                                  | 248 |
| <b>14</b>     | <b>Depressionen komorbid zu körperlichen Erkrankungen</b>     | 252 |
| 14.1          | Relevanz des Problems   | 252 |
| 14.2          | Therapeutische Ansatzpunkte                                   | 254 |
| 14.3          | Diabetes und Depression                                       | 257 |
| 14.4          | Parkinson und Depression                                      | 258 |
| <b>15</b>     | <b>Supervision und Kontrolle</b>                              | 260 |
| <b>16</b>     | <b>Fallbeispiel</b>   | 263 |
| <b>Anhang</b> |   | 271 |
|               | Literatur   | 272 |
|               | Übersicht und Beschreibung der Arbeitsmaterialien             | 279 |
|               | Sachwortverzeichnis   | 287 |

## 6 Struktur der Behandlung

### 6.1 Überblick über den Behandlungsansatz

**Voraussetzungen.** Dieses Buch stellt eine Sammlung von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Strategien und Materialien dar, die es auf der Grundlage der »Grundelemente des therapeutischen Handelns« (s. Kap. 7) ermöglichen, die Veränderung verschiedener Problembereiche bei depressiven Störungen zu planen und dabei die spezifische Situation und die Bedürfnisse von diesen Patienten zu berücksichtigen. Obwohl die einzelnen Schritte des therapeutischen Vorgehens in diesem Buch ausführlich besprochen werden, werden die folgenden Kenntnisse für ein verantwortungs- und sinnvolles Arbeiten vorausgesetzt:

- ▶ Verhaltenstherapeutisches Grundlagenwissen (z. B. Kanfer & Goldstein, 1977; Hautzinger & Pauli, 2009; Linden & Hautzinger, 2021)
- ▶ Kenntnis der grundlegenden Depressionsliteratur (z. B. Hoffmann, 1976; Hautzinger, 2010; Brakemeier et al., 2012; Risch et al., 2012)
- ▶ Psychopharmakologisches Grundlagenwissen (z. B. Benkert et al., 2012)

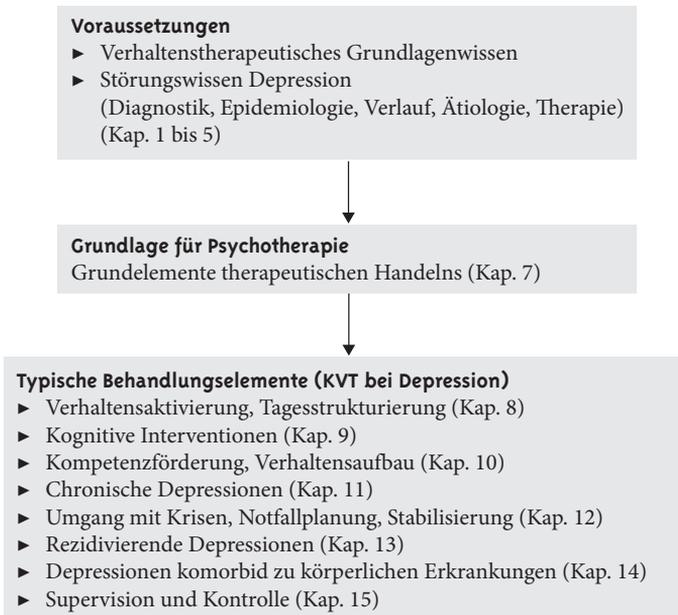
**Behandlungselemente.** Bei der Planung des therapeutischen Vorgehens geben die Abschnitte dieses Kapitels Hinweise dafür, welche Verhaltensweisen und Einstellungen in der Interaktion mit einem Patienten günstig sind, wie einzelne Therapiesitzungen strukturiert werden sollten, wie bei der Gewinnung diagnostischer Informationen (s. Kap. 3) vorzugehen ist, wie eine Therapeutin auf Krisen während des Therapieprozesses reagieren sollte u. a. Diese Basiselemente bilden die Grundlage der Therapie und sollten, unabhängig von der Anwendung bestimmter Interventionsprinzipien oder der Bearbeitung verschiedener Problembereiche, der Therapeutin präsent sein und von ihr beherrscht werden. Vor diesem Hintergrund beschreiben die Kapitel 6 bis 10 Möglichkeiten (Phasen, Module) der Depressionsbehandlung in Bezug auf fünf Schwerpunkte:

- ▶ Modul 1: Therapeutisches Basisverhalten im Umgang mit depressiven Patientinnen und Patienten, Vermittlung des therapeutischen Rationals
- ▶ Modul 2: Verhaltensaktivierung, Tagesstrukturierung, Aufbau positiver Aktivitäten, Abbau von Belastungen, Reduktion aversiver Bedingungen
- ▶ Modul 3: Veränderung von Kognitionen, kognitive Umstrukturierung, Werte, Ziele, Akzeptanz, metakognitive Vorgehensweisen
- ▶ Modul 4: Kompetenzsteigerung, Erlernen neuer Fertigkeiten, Verbesserung sozialer Fertigkeiten, Kommunikation, Achtsamkeit, Problemlösen
- ▶ Modul 5: Erkennen von depressiven Einbrüchen und Beginn neuer Episoden, Notfallplanung, Beibehaltung des Therapieerfolgs

Diese fünf Module der Behandlung verstehen sich als *Vorschläge* zum Vorgehen bei der Behandlung depressiver Störungen und der Überwindung der dabei typischerweise auftretenden Probleme. Im Rahmen dieser Strategiensammlung sollte eine Therapie-

tin je nach den individuellen Erfordernissen immer patientenzentriert vorgehen. Abbildung 6.1 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Module, Phasen und Bausteine dieser modernen Kognitiven Verhaltenstherapie.

In den meisten Fällen steht die Alltagsstruktur, die Steigerung positiver bzw. die Umstrukturierung alltäglicher Aktivitäten (Verhaltensaktivierung) am Anfang der Depressionsbehandlung. Sie liefert meist viel Material und Information für das weitere Vorgehen, das je nach Patient mehr auf soziale und interaktive Fertigkeiten oder mehr auf kognitive Veränderungen zielt. Die Reihenfolge der Darstellung stellt daher keine Abfolge von Behandlungsschritten dar. Selbstverständlich steht das Modul 5, die Sicherung und Aufrechterhaltung therapeutischer Erfolge, die Vorbereitung auf Krisen und Notfälle sowie die Übertragung des Erreichten auf alltägliche Situationen eher am Ende der Behandlung.



**Abbildung 6.1** Die KVT bei Depression im Überblick

## 6.2 Planung der Therapie

**Schwerpunkte setzen.** Auf der Basis der durch eine Problem- oder Verhaltensanalyse gewonnenen diagnostischen Informationen über die depressive Störung eines Patienten hat ein Therapeut die Aufgabe, die Reihenfolge der Bearbeitung einzelner Problembereiche (AB 1) des Patienten und den Einsatz verschiedener Therapiemethoden zu planen. Dabei ist diese Planung als vorläufig aufzufassen, da im Therapieverlauf gewonnene neue Informationen und aktuelle Veränderungen im Leben eines Patienten berücksichtigt werden müssen. Entscheidungen über die konkrete Therapieplanung sind mit dem Patienten zu besprechen (Prinzip der »Transparenz des therapeutischen Handelns«). Aufgrund der Problemanalyse und erster Erfahrungen im Thera-

AB  
1

pieprozess 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 von der Therapeutin ständig kontrolliert und hinterfragt werden und somit entsprechend den Erfordernissen veränderbar sein.

### Merke

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 die Therapeutin 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 ein 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 Patientinnen und Patienten mit starker innerer Unruhe oder hoher sozialer Angst sind therapeutische Interventionen angebracht, die hier nicht beschrieben werden (vgl. Linden & Hautzinger, 2021). 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 aufzutut 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), die 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 Therapeutinnen und 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 und 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) beziehungsfokussiert, 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

| Patientenäußerung           | Falsche Therapeutenäußerungen   | Hilfreiche Therapeutenäußerungen   |
|-----------------------------|---|--|
| »Das schaffe ich nie!«      | »Jetzt trauen Sie sich doch mehr zu!«<br>»Einfach mal probieren!«               | »Wie kommen Sie denn darauf?«<br>»Würden Sie mir so eine Selbstbewertung auch empfehlen?«<br>»Halten Sie das für eine hilfreiche Art und Weise, sich aufzumuntern?«                        |
| »Ich bleibe lieber liegen.« | »Jetzt sind Sie doch aktiver!«<br>»Das hilft doch nicht weiter!«                | »Wie geht es Ihnen wohl, wenn Sie noch eine weitere Stunde auf dem Sofa liegen?«<br>»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!«<br>»Denken Sie doch nicht so.« | »Woher haben Sie diese Überzeugung? Hilft diese Einschätzung?«<br>»Würden Sie Ihrer Tochter raten, so über sich zu denken?«  |

## Allgemeine Therapeutenmerkmale

Ein guter Psychotherapeut muss empathisch, patientenzentriert, aufrichtig, interessiert und interaktionsfähig sein. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für die Anwendung der für die Therapieform spezifischen Techniken. Ein Patient muss sich verstanden und ernstgenommen fühlen, damit die Therapietechniken wirksam eingesetzt werden können. Fühlt ein Patient sich technizistisch behandelt oder gar kritisiert und manipuliert, gerät er in die Defensive und wird eher auf seinen depressionsfördernden Vorstellungen und Befürchtungen beharren, als bereit zu sein, diese mit dem Therapeuten zu bearbeiten. Die Gefahr, sich von der Vielzahl der Techniken blenden zu lassen, ihre Anwendung perfekt beherrschen zu wollen und die zwischenmenschlichen Aspekte zu vernachlässigen, ist für Therapeuten groß, doch sollte klar sein, dass therapeutische Techniken erst dann Veränderungen bei Patienten bewirken, wenn Therapeuten auch über die Basiskompetenzen verfügen.

**Empathie.** Therapeuten müssen versuchen, die Gedanken und Gefühle der Patienten, also ihre »Welt«, zu verstehen und dieses Verständnis den Patienten auf möglichst eindeutige, präzise, konkrete, klare und einführende Weise zu vermitteln. Ein hohes Ausmaß an empathischem Verstehen zeigen Therapeuten, die sich intellektuell, affektiv und interaktiv auf die Ebene des jeweiligen Patienten begeben, zuhören, verbale und non-verbale Äußerungen beachten und sich auf die Fähigkeiten und das Sprachverhalten der Patienten einstellen. Dieses Verhalten fördert die therapeutische Beziehung. Die gebräuchlichsten Methoden, Verständnis auszudrücken, sind Paraphrasieren, Fokussieren auf die (dahinter liegenden, implizit enthaltenen) Emotionen, Zusammenfassen des Besprochenen und die angemessene Wiedergabe der vom Patienten geäußerten Gefühle und Empfindungen.

**Interaktionskompetenz.** Gute Interaktionsfähigkeit zeigt sich in Aufmerksamkeit, Interesse, Aufrichtigkeit, Wärme, Vertrauen und einer überzeugenden professionellen Kompetenz. Es sollte Therapeuten gelingen, Vertrauen und Professionalität dadurch zu vermitteln, dass sie gelassen, ruhig, sicher und beruhigend sind. Exzessives Fragen, Feindseligkeit, Kritik, Vorwürfe oder auch Therapeuten, die ungeduldig, herablassend, ignorierend und distanziert sind, stehen solchen zwischenmenschlichen Fähigkeiten entgegen. Die Atmosphäre ist akzeptierend und, wenn nötig, fürsorgend, unterstützend, versichernd und erklärend.

**Interesse, Wärme, Direktivität.** Geschickte Verhaltenstherapeuten zeigen ein Gleichgewicht zwischen Interesse, emotionaler Wärme und Direktivität. Kühles, distanzierendes Verhalten erschwert die Entwicklung einer kooperativen, entspannten Beziehung, die eine Grundvoraussetzung für den Therapieprozess darstellt. Schlechte Therapeuten behandeln Patienten auf distanzierte, uninteressierte Art und Weise, spulen ihr Programm ab, sind ausschließlich bemüht, die Tagesordnung oder irgendwelche organisatorischen Abläufe einzuhalten. Kompetente Therapeuten ermöglichen den Patienten, ihre Anliegen vorzubringen und darauf vom Therapeuten Antwort und Rückmeldung zu erhalten. Trotz eines interessierten Eingehens auf Patienten verliert ein Therapeut die Struktur der Therapiestunde dennoch nicht aus dem Auge. Es herrscht ein adäquates Verhältnis von Interesse und Aufgabenorientierung.

## Fachliche Kompetenz

Jede therapeutische Arbeit setzt voraus, dass ein Patient einen Therapeuten für fachlich kompetent hält. Dieser Expertenstatus wird einerseits dadurch erzeugt, dass ein Therapeut die Basiskompetenzen (s. o.) beherrscht, d. h., den Patienten versteht, interessiert ist und gute Interaktionsfähigkeiten zeigt. Andererseits sollte ein Therapeut zu Beginn der Behandlung den Patienten einige persönliche Informationen hinsichtlich der Ausbildung, der Erfahrungen und ggf. der Funktion geben.

Depressive Patienten begegnen Therapeuten oft mit depressionstypischen negativen Einstellungen, negativen Erwartungen und einer Hoffnungslosigkeit, die sich in einer Ambivalenz gegenüber der Behandlung ausdrückt. Als wichtige, kurzfristige Interventionsmöglichkeiten dafür bieten sich so genannte beruhigende Versicherungen an (Hoffmann & Hofmann, 2011; s. folgenden Kasten). Diese beruhigenden Versicherungen können natürlich nicht in der dargestellten Form vorgetragen (vorgelesen) werden. Vielmehr müssen diese Äußerungen in Sätze gefasst und dabei mit gelassener Sicherheit ausgedrückt werden. Etwa: »Das verstehe ich sehr gut, dass Sie keine Hoffnung auf Besserung haben. Dies ist typisch für eine Depression. Doch wir behandeln hier sehr viele Menschen mit Depressionen und sind dabei meist erfolgreich. Depressionen sind, obwohl Sie sich das jetzt gar nicht vorstellen können, sehr gut behandelbar!«

### **Beruhigende Versicherungen** (thematisch, nicht wörtlich zu verstehen)

- ▶ Der Patient ist kein Einzelfall.
- ▶ Depressionen sind gut behandelbar.
- ▶ Depressionen lassen sich gut verstehen und erklären.
- ▶ Depressionen sind eine ernsthafte, doch keine gefährliche Krankheit.
- ▶ Verschlechterungen sind üblich.
- ▶ Verschlechterungen und Krisen werden durch Behandlung aufgefangen.
- ▶ Ziele und Wege aus der Depression werden schrittweise erreicht.
- ▶ Die Patienten erfahren unbedingte Verstärkung und Unterstützung.
- ▶ Die Patienten sollen Erfolge (Positives) erleben.
- ▶ Der Therapeut knüpft an Erfahrungen des Patienten an.
- ▶ Dem Patienten werden (neue) Perspektiven vermittelt.

Derartige Formulierungen, die oft wiederholt geäußert werden müssen, setzen voraus, dass ein Therapeut gelassen, nicht defensiv und akzeptierend reagiert, dadurch für kompetent gehalten wird, die Äußerungen glaubhaft wirken und überzeugend dargestellt werden. Therapeuten sind wenig kompetent, wenn sie Anzeichen von Distanziertheit, Misstrauen, Hierarchiedenken, Arroganz, »Ja-aber-Haltung« oder ähnliche Verhaltens- und Einstellungsmerkmale zeigen.

## Transparenz und Strukturiertheit

Wiederholt wurde darauf hingewiesen, dass über verschiedene psychotherapeutische Vorgehensweisen hinweg der Aspekt der Transparenz des therapeutischen Handelns

sowie der zeitlichen und inhaltlichen Strukturiertheit des Vorgehens zentrale Merkmale erfolgreicher (Depressions-)Therapien sind.

Unter **Transparenz** wird verstanden:

- ▶ Offenheit und Bereitschaft des Therapeuten, Angaben zu seiner Person zu machen
- ▶ Erklärung der Depressionsentstehung darstellen
- ▶ kognitiv-verhaltenstheoretisches Therapiemodell für die individuelle Problemlage ableiten
- ▶ Begründung des therapeutischen Vorgehens während der Behandlung
- ▶ Veränderungen, Schwierigkeiten und Erfahrungen auch wiederholt zu begründen und verstehbar zu machen
- ▶ Sinn und Zweck von Vorschlägen (z. B. Aufgaben) konkret darzulegen bzw. auf Nachfragen zu beschreiben

Transparenz in diesem Sinn erzeugt und verbessert nicht nur die vertrauensvolle Beziehung, sondern liefert über die konkreten Erfahrungen hinaus auch Hilfe bei der Anwendung des Gelernten im Alltag und in der Zukunft. Transparenz ist also Voraussetzung für die Generalisierung therapeutischer Inhalte und den Erwerb von präventiven Bewältigungsfertigkeiten.

**Strukturiertheit** beinhaltet neben dem zeitlichen Aspekt auch den Versuch, therapeutische Themen nach Problembereichen zu organisieren, konkrete Ziele für die Sitzung und die gesamte Behandlung zu formulieren und damit einer Bearbeitung und Lösung zugänglich zu machen. Dahinter verbirgt sich neben der Hilfe im therapeutischen Problemlöseprozess das Ziel, Patienten »Strukturierung« als wichtige Bewältigungsstrategie zu vermitteln. Ein weiterer Aspekt von Strukturiertheit stellt die therapeutische Fertigkeit dar, eine Therapiesitzung als Gesamtheit im Blick zu behalten. Es ist ausgesprochen ungeschickt, sich allein von den Befindlichkeiten, Einfällen und Themenangeboten eines Patienten leiten zu lassen. Das Ergebnis daraus ist ein »herumschippern«, ohne dass ein Thema, ein Problem bzw. eine Übung ausreichend bearbeitet wird. Unstrukturierte Therapiesitzungen führen meist dazu, dass es den Patienten danach kaum besser geht und die Therapeuten oft von den dysphorischen Befindlichkeiten der Patienten angesteckt werden.

### Merke

Therapeutische Grundregel: »Don't ship around!«

Ferner sind gut strukturierte Psychotherapeuten solche, die immer wieder durch (geschickte, knappe) Zusammenfassungen (s. u.) die Sitzungsstruktur und Problembearbeitung auf »Linie« halten bzw. voranbringen.

### Zusammenfassungen

Depressive Patienten bekommen oft nicht mit, was um sie herum geschieht, was gefragt bzw. gesagt wurde, was sich ereignet hat, welche Zusammenhänge erkennbar

werden, welche Schlussfolgerungen zu ziehen sind. Ferner besteht bei depressiven Patienten immer die Tendenz abzuschweifen, zu klagen, wie schwer alles fällt, und über die Lust- bzw. Antriebslosigkeit zu berichten. Wiederholte Zusammenfassungen helfen Therapeut und Patient, in der Analyse- und Problemlösespur zu bleiben. Sie verdichten das Gesagte und Erlebte. Angemessene Schlussfolgerungen werden möglich bzw. nochmals auf den Punkt gebracht.

Bei einer Zusammenfassung kann man nach einem festen Schema vorgehen. Etwa alle zehn Minuten einer Sitzung bittet der Therapeut einen Patienten, das bislang bzw. in den letzten Minuten Erfahrene, Gesagte, Erlebte in eigenen Worten kurz zusammen zu fassen. Dabei hilft und ergänzt der Therapeut. Zusammenfassungen können jedoch auch flexibel, wiederholt und mehrfach eingesetzt werden. Selbst alle paar Minuten können knappe, oft nur aus ein bis zwei Sätzen bestehende Zusammenfassungen helfen und eine Problemanalyse bzw. die Bearbeitung von Übungen, die kognitive Umstrukturierung (etwa Reattribuierung) voranbringen. Dabei kann ruhig formuliert werden: »Lassen Sie mich nochmals zusammenfassen ...«, oder »Fassen Sie doch noch mal kurz zusammen ...«. Diese Einleitung kann jedoch auch entfallen, indem z. B. gefragt wird: »Was wird daran deutlich ...?«, oder »Habe ich richtig verstanden, dass ...«.

Schließlich sollte eine Sitzung immer mit einem kurzen Rückblick abgeschlossen werden, verbunden mit einer Zusammenfassung der bearbeiteten Themen, den gemachten Erfahrungen, den neuen Einstellungen bzw. Interpretationen, den Übungen zwischen den Sitzungen. Meist kann dabei auf die verwendeten bzw. ausgeteilten Materialien Bezug genommen werden.

### **Problemorientierung und Schlüsselprobleme herausarbeiten**

Psychotherapeuten bemühen sich, die Berichte von Patienten zu konkretisieren, sodass aus vagen Berichten über Befinden, Belastungen usw. möglichst konkret benennbare und abgrenzbare Probleme herausgearbeitet werden. Diese Problemorientierung erlaubt einerseits, die Lage von Patienten, die als überwältigend erlebt werden, in bestimmte problematische (bzw. als problematisch erlebte) Bereiche zu unterteilen, andererseits die Voraussetzung für Lösungen zu schaffen. Dies wird von Patienten meist unmittelbar als eine Erleichterung erlebt. Ein zweiter Aspekt der Problemorientierung stellt die Herausarbeitung bzw. das Erkennen von zentralen, sich wiederholenden, also von »Schlüsselproblemen« dar.

Problemorientierung beinhaltet folgende Schritte:

- ▶ Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf zentrale Probleme
- ▶ Ein- bzw. Abgrenzung verschiedener, meist gegenwärtiger Problembereiche
- ▶ Benennen problematischer Verhaltensweisen, Defiziten, automatischer Gedanken und Denkmuster
- ▶ Hierarchisieren von Problemen nach Bedeutung und Wichtigkeit
- ▶ Sammeln von Lösungsmöglichkeiten und Alternativen
- ▶ Setzen von konkreten Zielen
- ▶ Durchführen und Erproben von Verhaltensalternativen
- ▶ Bewerten dieser neuen Erfahrungen

Ein zu bearbeitendes Problem im Rahmen einer Psychotherapie kann daher nicht »die Depression« sein, sondern Bereiche des Verhaltens (z. B. Aktivitäten, Tätigkeiten, Durchsetzen, Partnerschaft, Kommunikation), des Denkens (z. B. Einstellungen, Erwartungen, Ansprüche, Misserfolgsorientierung, Schuld, Unfähigkeitsannahmen usw.), der Umwelt- und Lebensbedingungen (z. B. Arbeit, Familie, Freizeit), von Krisen und Ereignissen (z. B. Verluste, Veränderungen) sowie von Anforderungen und Verpflichtungen (z. B. Erledigung von Aufgaben, Beendigung von Arbeiten, Ausbildung). Therapeuten müssen sich daher wiederholt konkrete Beispiele, Abläufe und Bewältigungsprozesse hinsichtlich eines Lebensbereichs schildern lassen. Erst daraus ergeben sich die zur Lösung anstehenden Probleme, Ziele und Alternativen. Typischerweise werden gegenwärtige Schwierigkeiten und Probleme bearbeitet.

**Schlüsselprobleme benennen.** Verbunden mit der Strukturiertheit des Vorgehens ist es wichtig, dass der Therapeut sich nicht in Einzelheiten des Verhaltens und Erlebens von Patienten verliert, sondern diese im Zusammenhang mit zentralen Schwierigkeiten, Konflikten und Problemen des Patienten sieht und entsprechend formuliert. Dieses Benennen und Herausarbeiten von zentralen Problembereichen fokussiert die Aufmerksamkeit von Therapeut und Patient. Es erlaubt, die Therapiezeit effektiver auszunutzen und inhaltliche Zusammenhänge verschiedener diskreter Schwierigkeiten aufzuzeigen.

Ein optimales Therapeutenverhalten beim Herausarbeiten zentraler Problembereiche ist, dass der Therapeut ein oder zwei Schlüsselprobleme in einer Sitzung benennt und dazu weitere Beispiele erfragt. Danach wird der Patient über seine Meinung hinsichtlich der Formulierung der Schlüsselprobleme befragt. Therapeuten erklären auch bestimmte Übungen und Aufgaben, die sich auf Schlüsselprobleme beziehen.

Zusätzlich ist in diesem Zusammenhang wichtig, konkrete Hypothesen über spezielle Verarbeitungsmuster, Denkgewohnheiten, Verhaltensweisen und Wahrnehmungsstrategien des Patienten zu formulieren. Hierbei ist entscheidend, dass Vorstellungen über die Entstehung und Aufrechterhaltung bestimmter Problembereiche von Patienten bzw. deren Folgeerscheinungen entwickelt und diese Hypothesen dem Patienten mitgeteilt werden, um sie mit ihm gemeinsam den individuellen Bedingungen anzupassen bzw. um überhaupt zu entscheiden, ob sie als mögliche Erklärung für einen bestimmten Sachverhalt dienen können. Anhand der Berichte der Patienten über Verhalten und Denken kann ein Therapeut bestimmte Vorstellungen über den Zusammenhang zwischen Aktivitäten, Verhalten, Interpretationen, Grundannahmen und Gefühlen von Patienten entwickeln.

### Beispiel

Ein Patient berichtet über fortgesetzt automatische Gedanken, die sich darauf beziehen, ob andere Leute ihn gern haben oder nicht. Der Therapeut kann dazu folgende Hypothese anbieten: »Sie verbringen viel Zeit mit Vermutungen darüber, wie die einzelnen Personen, denen Sie begegnen, über Sie denken. Offensichtlich konzentriert sich Ihre Aufmerksamkeit für die Ereignisse in Ihrer Umgebung vor

allem auf die Frage, ob Sie ein liebenswerter Mensch sind oder nicht. Sogar Begebenheiten, die damit kaum oder gar nicht in Zusammenhang stehen, z. B. wie sich die Aufsicht im Supermarkt verhält, werden von Ihnen als bedeutsam für die Frage, ob Sie liebenswert sind oder nicht, interpretiert.«

### **Angemessenes Therapeutenverhalten**

- ▶ Der Therapeut benennt ein oder zwei Schlüsselprobleme des Patienten.
- ▶ Der Therapeut erbittet Rückmeldung über sein Verständnis der Probleme durch den Patienten.
- ▶ Der Therapeut erbittet weitere relevante Beispiele zu den Schlüsselproblemen bzw. äußert selbst Hypothesen darüber.
- ▶ Die Schlüsselprobleme werden vom Therapeuten klar umrissen und exakt definiert.
- ▶ Der Therapeut bemüht sich, Gedanken, Annahmen, Bilder, Situationen, Bedingungen oder Verhaltensweisen in Zusammenhang mit Schlüsselproblemen zu identifizieren.
- ▶ Der Therapeut formuliert, vom kognitiv-verhaltenstheoretischen Hintergrund aus, Hypothesen zu den Schlüsselproblemen und erfragt deren mögliche Richtigkeit.
- ▶ Der Therapeut entwickelt mit dem Patienten gemeinsam Möglichkeiten der Überprüfung (Korrektheit, Hilfe bei Problembewältigung) von Hypothesen.

### **Ungünstiges Therapeutenverhalten**

- ▶ Es werden in einer Sitzung überhaupt keine konkreten Probleme bzw. übergreifende Schlüsselprobleme definiert.
- ▶ Der Therapeut formuliert ganz allgemeine, globale Hypothesen über depressives Verhalten, ohne auf die individuellen Besonderheiten des Patienten Rücksicht zu nehmen.
- ▶ Der Therapeut erbittet kein Feedback zu seinem Verständnis der Schlüsselprobleme des Patienten.
- ▶ Die vom Therapeuten mit dem Patienten gemeinsam entwickelten Möglichkeiten zur Überprüfung spezieller Hypothesen besitzen nur geringe Chancen der (Realitäts-)Überprüfung und tragen so nicht zu einer Entscheidung bzw. Problemlösung bei.
- ▶ Der Therapeut benennt sehr viele Schlüsselprobleme und springt während der Sitzung zwischen den verschiedenen Themenbereichen hin und her (ist unstrukturiert), ohne ein bestimmtes Problem konsequent zu Ende zu führen.