

Ralf F. Tauber  
Carola Nisch

# Depressive Störungen erfolgreich behandeln

Praxishandbuch zu  
kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen

Klett-Cotta

Klett-Cotta

[www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

© 2011 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Hemm & Mader, Stuttgart

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

Gesetzt aus der Minion von Kösel, Krugzell

Auf säure- und holzfreiem Werkdruckpapier gedruckt

und gebunden von Kösel, Krugzell

ISBN 978-3-608-89113-3

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

# Inhalt

Zielstellung dieses Buches .....	11
<b>1 Grundlegendes zur Therapie .....</b>	<b>13</b>
1.1 Selbstverständnis der kognitiven Verhaltenstherapie ....	13
1.2 Die Rolle von Therapeut und Patient .....	14
1.3 Die therapeutische Vorgehensweise .....	16
1.3.1 Typischer Therapieaufbau .....	16
1.3.2 Die therapeutische Beziehung .....	19
1.3.3 Mögliche Therapiebausteine im Rahmen der Depressionsbehandlung .....	21
1.3.4 Exkurs: Die Bedeutung der medikamentösen Therapie im Rahmen der KVT der Depression ...	25
<b>2 Diagnostik .....</b>	<b>31</b>
2.1 Symptome depressiver Erkrankungen .....	31
2.1.1 Symptome auf der emotionalen Ebene .....	34
2.1.2 Symptome auf der physiologisch-vegetativen Ebene .....	36
2.1.3 Symptome auf der kognitiven Ebene .....	38
2.1.4 Symptome auf der Verhaltensebene .....	40
2.2 Kriterien für das Vorliegen einer klinisch relevanten Depression .....	41
2.2.1 Diagnostische Kriterien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) ..	41
2.2.2 Schweregradeinschätzung .....	48
2.2.3 Verlaufsformen .....	49
2.3 Weitere Formen depressiver Erkrankungen .....	51
2.3.1 Anpassungsstörungen (F43.2) .....	52
2.3.2 Dysthymia (anhaltend affektive Störung) (F34.1)	54

2.3.3	Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) . . .	55
2.3.4	Sonderfall: Pathologische Trauerreaktion . . . . .	56
2.3.5	Sonderfall: Posttraumatische Verbitterungsstörung . . . . .	61
2.4	Erhebung depressiver Symptomatik . . . . .	64
2.4.1	Grundsätzliches Vorgehen . . . . .	64
2.4.2	Praktische Hinweise . . . . .	73
2.5	Typische Probleme . . . . .	82
2.5.1	Relevante Symptome oder Problembereiche werden übersehen . . . . .	82
2.5.2	Unzulässige Verallgemeinerungen . . . . .	85
2.5.3	Die Patientenperspektive wird als alleinige »Realität« akzeptiert . . . . .	86
2.5.4	Es ist keine passende Diagnose im ICD zu finden	86
3	»Das Leben zurückerobern« – Aktivitätsaufbau . . . . .	88
3.1	Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells . . . . .	88
3.1.1	Beschreibung der Modelle . . . . .	88
3.1.2	Vermittlung der Modelle . . . . .	92
3.2	Vorgehensweise beim Aktivitätsaufbau . . . . .	110
3.2.1	Hintergrund der Methode . . . . .	110
3.2.2	Das Führen eines Stimmungsprotokolls . . . . .	111
3.2.3	Erarbeiten positiver Aktivitäten . . . . .	114
3.2.4	Integration positiver Aktivitäten in den Tagesablauf . . . . .	115
3.2.5	Merkmale positiver Aktivitäten zum Aktivitätsaufbau . . . . .	117
3.2.6	Abbau depressionsfördernder Aktivitäten . . . . .	120
3.3	Typische Probleme . . . . .	121
3.3.1	»Technische Probleme« . . . . .	122
3.3.2	Die Motivation kann nicht aufrechterhalten werden . . . . .	125
3.3.3	»Widerstand« als Ausdruck eines Beziehungsproblems . . . . .	126
3.3.4	»Widerstand« infolge des funktionalen Bedingungsgefüges . . . . .	128

4	»Die Welt mit anderen Augen sehen« – Kognitive Umstrukturierung. ....	130
4.1	Theoretische Grundlagen .....	130
	Rational-Emotive Therapie nach Albert Ellis .....	131
	Kognitive Therapie der Depression nach Aaron T. Beck .....	135
	Metakognitive Therapie nach Fisher und Wells ...	140
4.2	Praktische Herangehensweise .....	143
4.2.1	Allgemeine Vorgehensweise .....	143
4.2.2	Umgang mit Grübeln .....	144
4.2.3	Vermittlung des kognitiven Erklärungsmodells ..	148
4.2.4	Arbeit auf der Ebene der automatischen negativen Gedanken .....	153
	Einführen des Begriffs .....	153
	Identifikation automatischer negativer Gedanken .....	153
	Praktische Hinweise zur Sammlung automatischer negativer Gedanken .....	154
	Disputation und Korrektur automatischer negativer Gedanken .....	158
	Praktische Hinweise zur Disputation und Korrektur automatischer negativer Gedanken .....	167
4.2.5	Arbeit auf der Ebene der Annahmen und Schlussfolgerungen .....	174
	Allgemeine Vorgehensweise .....	174
	Praktische Hinweise zur Arbeit auf der Ebene der Annahmen und Schlussfolgerungen .....	182
4.2.6	Arbeit auf der Ebene der dysfunktionalen Grundannahmen .....	184
	Der Begriff .....	184
	Erarbeitung und Formulierung der Grundannahmen .....	187
	Aufbau von Veränderungsmotivation .....	193
	Praktische Hinweise zur Umstrukturierung dysfunktionaler Grundannahmen .....	198

4.2.7	Exkurs: Biografisches Arbeiten	208
	Bedeutung und Einführung biografischer Arbeit in der Therapie	208
	Methoden und Techniken	210
4.2.8	Der umgekehrte Weg: Die »Bottom-up-Methode«	220
4.3	Typische Probleme	223
4.3.1	Schwierigkeiten auf der Beziehungsebene bzw. »Kollateralschäden« der sokratischen Gesprächsführung	224
4.3.2	Die Grundannahmen des Therapeuten	227
4.3.3	Der positive Effekt bleibt aus	228
5	Suizidalität bei depressiven Erkrankungen	230
5.1	Einleitende Worte	230
5.2	Einschätzung der Suizidgefahr	230
5.3	Therapeutische Interventionen beim Auftreten von Suizidalität	237
5.3.1	Umgang mit Suizidalität als dauerhaftes Begleitphänomen der depressiven Erkrankung	237
5.3.2	Umgang mit akuter Suizidalität im Rahmen der Therapie	243
5.4	Typische Probleme	246
6	Behandlung chronischer Depressionen mithilfe des Cognitive Behavioral Analysis Systems of Psychotherapy nach J. McCullough (CBASP)	248
6.1	Warum eine andere spezielle Methode?	248
6.1.1	Besonderheiten des chronisch depressiven Patienten	250
6.1.2	Theoretische Annahmen	254
	Bedeutung der Lerngeschichte	254
	Kieslers Interpersoneller Zirkel	255
6.2	Methoden und Techniken	259
6.2.1	Das »Timeline-Sheet«: Aufzeichnung des klinischen Verlaufsprofils	259

6.2.2	Die »Significant Others History« (SOH): Erhebung der Liste prägender Bezugspersonen ..	262
6.2.3	Die »Transference-Hypothese«: Konstruktion einer Transferhypothese .....	268
6.2.4	Die »Situational Analysis« (SA): Erstellung von Situationsanalysen .....	271
6.2.5	Das »Disciplined Personal Involvement« (DPI): Die Arbeit mit der therapeutischen Beziehung im CBASP .....	282
	Grundlegendes zur Art der therapeutischen Beziehung und wie sie genutzt wird .....	282
	»Contingent Personal Responsivity« (CPR): Die kontingente persönliche Reaktion aufzeigen	284
	»Interpersonal Discrimination Exercise« (IDE): Die interpersonelle Diskriminationsübung .....	288
6.3	Typische Probleme .....	292
6.3.1	Der Patient ist (noch) nicht »CBASP-fähig« .....	292
6.3.2	Mögliche Schwierigkeiten des Therapeuten mit der Methode .....	296
6.3.3	Der positive Effekt bleibt aus .....	297
Anhang .....		301
Literatur .....		333

## 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 kognitiv-verhaltenstherapeutischer 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, emo-

tionale 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 »Grundausrüstung« 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 Funk-

tion 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 Nach-

teilen, 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 »abstinente«, sondern Wärme und Fürsorge spendend sowie wohlwol-

lend, 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 geschickte 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 »Königsdisziplin« 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 & Pflingsten, 2002; Assertivness 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 Aktivitätsaufbau »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 Rückenmuskulatur, welche zum Teil als sehr schmerzhaft beschrieben werden. Mithilfe von etablierten Entspannungsverfahren kann derartige quälende Symptomatik gebessert werden, sodass es sich anbietet, dass die Patienten im Rahmen ihrer Therapie auch ein solches erlernen. Vorwiegend wird hier die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson eingesetzt, da sie

die weitaus besten Wirknachweise in der Literatur erbracht hat und das Erlernen der Entspannung bei dieser Methode auch für Patienten mit einem eher schlechten Zugang zum eigenen Körper oder weniger ausgeprägter Fantasie und Introspektionsfähigkeit meist doch recht gut möglich ist (z. B. Borkovec, 2004; Jacobson & Wirth, 2011; Hofmann, 2003). Doch auch andere Entspannungsverfahren wie das autogene Training nach Schultz (Schultz, 2010; Schultz 2003; Thomas, 2006; Vaitl & Petermann, 2009) und auch weniger klinisch orientierte Verfahren wie verschiedene Formen des Yoga oder andere Entspannungsverfahren werden häufig angewendet.

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

Es ist in einem Buch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung von Depressionen natürlich nicht möglich, eine allumfassende Anleitung zu dem komplexen Gebiet der medikamentösen Behandlung der Depression zu geben, aber es erscheint uns wichtig, zumindest zu grundsätzlichen Fragen der Psychopharmakotherapie Stellung zu beziehen. Folgende Themen sollen daher kurz angesprochen werden:

1. Wann besteht überhaupt eine Indikation für eine medikamentöse Therapie?
2. Wann sollten Psychotherapie und Psychopharmakotherapie kombiniert werden?
3. Wovon hängt die Auswahl des Medikaments ab?
4. Welche psychotherapeutischen Aspekte sind bei der Pharmakotherapie zu beachten?

1) In der nationalen Versorgungsleitlinie zur Behandlung der Depression wird der aktuelle Forschungsstand zu dieser Frage zusammengefasst dargestellt. So ist bei einer leichten und mittelgradigen depressiven Störung entweder Psychotherapie oder medikamentöse Therapie möglich, bei schwerer depressiver Erkrankung sollten sowohl Psychotherapie als auch Pharmakotherapie kombiniert werden. Dies stellt den derzeitigen empirisch abgesicherten Stand der Wissenschaft dar. Aus der klinisch-praktischen Perspektive wird (bei der von Placebo wenig unterschiedlichen Wirkung) eine Pharmakotherapie der leichten Depression wohl eher selten nötig sein, hier ist unserer Ansicht nach

meistens alleinige Psychotherapie sinnvoll. Aber auch bei einer vorrangig medikamentösen Therapie ist Psychotherapie sicherlich empfehlenswert, nicht allein im Hinblick auf die antidepressive Wirkung, sondern auch im Hinblick auf die Förderung der Medikamenten-Compliance (siehe unten), zur Verbesserung einer möglicherweise nur partiellen Remission sowie zur Rückfallprophylaxe. Mit zunehmender Schwere der Störung wird die (zusätzliche) Gabe von Antidepressiva immer wichtiger, insbesondere bei chronischer, therapieresistenter oder psychotischer Depression ist sie unbedingt empfehlenswert, wenn nicht gar unerlässlich.

2) Zu dieser Frage wird in der Leitlinie keine konkrete Empfehlung gegeben. Betrachtet man vor allem bei stationären Behandlungen die oftmals starke zeitliche Begrenzung, so ist es wahrscheinlich sinnvoll, frühzeitig parallel zur Psychotherapie mit der Pharmakotherapie zu beginnen. Da bei beiden Therapieformen der Wirkungseintritt erst nach Verzögerung zu erwarten ist, kann hierdurch vor allem bei voraussehbar »schwierigen« Fällen eine höhere Remissionsrate innerhalb dieser Zeitspanne erreicht werden. Auch können früher einsetzende Nebenwirkungen des Medikaments (wie z.B. eine Sedierung) besonders bei Patienten mit ausgeprägten Schlafstörungen und Schmerzen sehr hilfreich sein. Auch wenn es empirisch hierfür nicht ausreichend viele Belege gibt, so ist es in der Praxis jedoch häufig beobachtbar. Zur grundsätzlichen Vereinbarkeit von Medikamentengabe und Psychotherapie ist bereits sehr viel nachgedacht worden. Wir halten eine solche Kombination grundsätzlich für sinnvoll, wobei einige Punkte beim parallelen bzw. gleichzeitigen Einsatz dieser Interventionen berücksichtigt werden sollten. Eine Behinderung der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung durch die Medikamentengabe ist nicht zu erwarten, allenfalls eine nicht durch die Psychotherapie hervorgerufene zusätzliche Besserung, die sich aber auch für die psychotherapeutische Arbeit meist positiv auswirkt. Der Therapeut muss sich allerdings Gedanken machen bzw. im Auge behalten, wie die Einschätzung des Stellenwertes der Behandlung und vor allem die Attribution möglicher Behandlungserfolge durch den Patienten erfolgen. Dies ist unseres Erachtens ein sehr entscheidender Aspekt und soll daher im Folgenden noch etwas genauer beschrieben werden.

Meist ist es sinnvoll, die medikamentöse Therapie nach kurzer Psy-

choedukation als »basale, biologische Hilfe« einzuführen, die Mitarbeitsbereitschaft des Patienten aber vorwiegend auf die Psychotherapie zu konzentrieren wie in folgendem Patienten-Beispiel bei Depression mit prominenten Schlafstörungen:

T: *»... insofern hat Ihre depressive Störung wohl neben psychologischen sowohl biologische als auch vielleicht genetische Anteile. – Ich denke dabei an Ihren Großvater und Ihre Tante, die ja offenbar auch depressiv waren – wie auch solche, die sich aus Ihrem derzeitigen Verhalten, Denken und Fühlen und aus Ihrer Biografie ableiten lassen. Ich würde Ihnen als Fachmann vorschlagen, zur Unterstützung auch gleich mit einer medikamentösen Therapie mit sogenannten Antidepressiva zu beginnen, das kann uns das psychotherapeutische Arbeiten erleichtern und sozusagen den biologischen Anteil an Ihrem Störungsbild bessern. Antidepressiva verändern nicht Ihre Persönlichkeit, machen Sie auch nicht einfach ›lustig‹ oder ›happy‹. Sie müssen sich das eher so vorstellen, dass Sie sich dadurch weniger hoffnungslos fühlen und Sie allgemein das Gefühl einer ›dickeren psychischen Haut‹ bekommen. Natürlich haben Medikamente auch oft Nebenwirkungen, über die ich Ihnen im Einzelnen für das ausgewählte Medikament noch einiges sagen werde, manche davon sind aber auch ganz nützlich: In Ihrem Fall würde ich nämlich gerne ein Medikament wählen, das als Nebenwirkung eine Verbesserung des Schlafes erwarten lässt, was wir ja bei Ihnen gleich zu Beginn der Therapie sehr gut brauchen könnten. Antidepressiva führen nicht zu Sucht oder Abhängigkeit wie viele Beruhigungsmittel, allerdings sollten sie schon regelmäßig eingenommen werden – sie wirken erst nach einiger Zeit (etwa 7 – 14 Tagen) – und nicht nur zeitweise bei Bedarf, damit eine antidepressive Wirkung entstehen kann. Dann haben wir erst mal diesbezüglich eine Basis und können uns mit aller Aufmerksamkeit der Psychotherapie widmen, damit wir dort gut weiterkommen. Hier ist Ihre Mitarbeit sehr wichtig, und es werden auch verschiedene ›Hausaufgaben‹ zwischen den Therapiesitzungen erfolgen, die aber alle mit Ihnen besprochen werden, sodass Sie keine Angst haben müssen, dass Sie das nicht schaffen können. Ich bin ja als Therapeut an Ihrer Seite und werde Sie so gut wie möglich unterstützen, und es gibt sehr wirksame und erfolgversprechende psychotherapeutische Behandlungsstrategien, die ich mit Ihnen erarbeiten möchte. Wichtig dabei ist, dass Sie selbst durch aktive Mitarbeit in der*

*Psychotherapie auch etwas zur Verbesserung Ihrer Symptome beitragen können. Sie bekommen ein gewisses Handwerkszeug in die Hand, mit dem Sie selbst Maßnahmen gegen die Depression ergreifen können, was für Sie, der Sie ja immer ein aktiver Mensch waren, besonders interessant sein dürfte ...«*

Auch bei der gemeinsamen Bewertung von ersten Therapieerfolgen ist es bei Kombinationstherapie wichtig, diese im Zweifelsfall mehr auf die psychotherapeutische Arbeit denn auf die Medikamenteneinnahme zu attribuieren. Dies tun wir nicht, um die Wirksamkeit der Antidepressiva infrage zu stellen oder künstlich eine Überlegenheit der Psychotherapie herbeizureden, sondern weil die Beschäftigung mit der Psychotherapie mit all ihrem kognitiven, emotionalen Zeitaufwand, mit all ihren Hausaufgaben und zum Teil so schwierig empfundenen Verhaltensänderungen sonst vom Patienten möglicherweise nicht mehr ausreichend verfolgt wird. Dies wäre – insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt der besseren Rückfallprophylaxe – sehr schade.

3) Die Auswahl des Medikaments richtet sich nach verschiedenen, zum Teil sehr komplexen Gesichtspunkten, die genauer in entsprechenden Fachbüchern der Pharmakotherapie nachgelesen werden müssen (z. B. Benkert und Hippus, 2003). Die hier beschriebenen Anmerkungen können nur für einen Leser mit allgemeinem Interesse an diesem Thema ausreichend sein. Viele Antidepressiva unterscheiden sich hinsichtlich ihrer antidepressiven Wirksamkeit kaum, sodass für die Auswahl des geeigneten Medikamentes häufig auch das zu erwartende Nebenwirkungsspektrum als Entscheidungskriterium herangezogen wird. Im ambulanten Bereich sind die sehr gute Handhabbarkeit (morgentliche Einmalgabe, meist keine einschleichende Dosierung nötig) und relative Nebenwirkungsarmut der SSRI gute Argumente für die Auswahl dieser Substanzklasse. Wenn eine mögliche anfangs eingeschränkte Fahrtauglichkeit bzw. eventuell verstärkte Müdigkeit kein Problem darstellen (wie bei stationärer Behandlung ja meist der Fall), kann es hilfreich sein, wenn sedierende Substanzen wie Mirtazapin oder die oft auch bei schwereren Depressionen sehr gut wirksamen tricyclischen Antidepressiva verabreicht werden – insbesondere bei Patienten, die im Rahmen ihrer Depression unter ausgeprägten Schlafstörungen leiden. Die prompte Verbesserung der oft schon lange bestehenden, quälenden

Schlafstörung wirkt sich für die weitere Therapie und die Hoffnung und das Vertrauen des Patienten auf eine endliche Besserung in der Regel zudem sehr positiv aus. Insbesondere bei Patienten mit verschiedenen kardialen Vorerkrankungen sind natürlich eventuelle Kontraindikationen gegenüber den klassischen tricyclischen Antidepressiva zu beachten. Auch die sehr häufige Gewichtszunahme (wie auch bei Gabe von Mirtazapin) ist zu berücksichtigen. Letztlich spielt die »Kombinierbarkeit« des Medikaments mit dem Lebensrhythmus des Patienten eine entscheidende Rolle. Da von einer zumindest mittelfristigen Einnahmedauer auszugehen ist, sollte das Medikament mit der beruflichen Tätigkeit kompatibel sein, was insbesondere bei Menschen im Schichtdienst Berücksichtigung finden muss.

4) Eine wichtige »Überschneidungsstelle« von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie ist die Motivation zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme bzw. zur Entscheidung, überhaupt ein Medikament einzunehmen. Wie oben angedeutet, ist bei vielen mittelschweren und vor allem bei schweren Depressionen eine Kombinationstherapie wünschenswert. Wird die Psychotherapie und die Pharmakotherapie von zwei verschiedenen Personen durchgeführt (und dies ist ja häufig der Fall), so hat der Patient oftmals zum Psychotherapeuten eine engere Arbeitsbeziehung bzw. häufig auch mehr Vertrauen. Deswegen ist es unseres Erachtens so wichtig, auch in einem Buch, welches sich primär an psychotherapeutisch tätige Kollegen richtet, dem Thema »Umgang mit Medikamenten« dezidierte Aufmerksamkeit zu widmen. Denn oftmals ist der Psychotherapeut der Ansprechpartner bei Fragen zur Medikamenteneinnahme, und dieser sollte deshalb unbedingt über die derzeitige und geplante Therapie informiert sein. Typischerweise wird der Psychotherapeut und nicht der behandelnde Psychiater seitens des Patienten zuerst über Zweifel an der Notwendigkeit der weiteren regelmäßigen Medikamenteneinnahme in Kenntnis gesetzt und ins Vertrauen gezogen, und der Psychotherapeut hat ja im Allgemeinen auch viel mehr Gesprächszeit zur Verfügung, um diese Probleme mit dem Patienten durchzusprechen und ggf. auch spezielle Motivationsstrategien einzusetzen, eventuell auch unter erneutem Einbeziehen des Pharmakotherapeuten. Insgesamt erwächst dem Psychotherapeuten in der Behandlung oft eine Position mit einer gewissen Übersicht, der nach Möglichkeit verschiedene Aspekte des Patientenlebens und somit auch

verschiedene Krankheiten und ärztliche Fachdisziplinen miteinander und mit dem subjektiven Erleben des Patienten in Einklang bringen sollte, in gewisser Weise ähnlich dem Hausarzt – die Psychopharmakotherapie gehört hier ganz besonders häufig mit dazu.

## 2 Diagnostik

### 2.1 Symptome depressiver Erkrankungen

#### Fall 1:

*Frau S. ist eine 25-jährige Studentin der Ernährungswissenschaften. Bei Aufnahme der Therapie berichtete sie, dass sie nervös sei und bei Betreten der Universität unter Herzrasen leide, insbesondere wenn sie die Räume ihrer Fakultät betrete. Sie studiere im 15. Semester und habe im Grunde alle Prüfungen absolviert. Lediglich in einem Fach würde ihr noch ein Schein fehlen, um die Prüfung abzulegen. Dies schiebe sie seit drei Jahren vor sich her. Dies kenne sie eigentlich nicht von sich, sie sei immer eine sehr gute Schülerin gewesen, der das Lernen nicht sonderlich schwergefallen sei. Gute Noten seien für sie auch stets wichtig gewesen. Sie fühle sich mittlerweile minderwertig und fast wertlos. Wenn sie allein sei, fange sie an, über ihre Situation zu grübeln, könne dies schlecht unterbrechen. Sie mache sich große Sorgen bezüglich ihrer Zukunft und befürchte, das Studium nie beenden zu können. Wenn sie darüber nachdenke, spüre sie ein Enge- und Beklemmungsgefühl in der Brust, dies sei sehr schmerzhaft, sie habe dann das Gefühl, keine Luft mehr zu bekommen, und beginne stark zu schwitzen. Meistens müsse sie dann ein Glas Wasser trinken. Die Stimmung sei niedergeschlagen, häufig müsse sie weinen. Sie leide unter Konzentrationsschwäche, und alles werde ihr schnell zu viel. Während sie sich einerseits sehr erschöpft fühle, sei sie innerlich doch sehr unruhig und könne schlecht einschlafen. Häufig wache sie auch nachts auf, länger als bis 4.00 Uhr habe sie in letzter Zeit nie geschlafen.*

#### Fall 2:

*Frau L. ist eine 43-jährige Erzieherin, welche vor fünf Jahren »der Liebe wegen« aus ihrer Heimat in Mecklenburg-Vorpommern nach Nordbayern gezogen sei. Sie berichtete, dass ihre Symptomatik vor ca. vier Monaten etwa zwei bis drei Wochen vor ihrem Jahresurlaub begonnen habe. Sie habe bemerkt, zunehmend unter Kopf-, Ohren- oder Zahnschmerzen gelitten zu haben, sie habe keine harten Lebensmittel mehr beißen können,*

sei schließlich »total erschöpft« gewesen. Sie habe sich zurückgezogen, kein Radio mehr gehört, keine Zeitung mehr gelesen, dies sei ihr alles »zu viel« gewesen. Sie habe dann auf den Urlaub gehofft, doch in diesem seien die Symptome noch schlimmer geworden, es sei ein Ganzkörperschmerz (insbesondere aber im Rücken) aufgetreten sowie Schwindelgefühle, so dass sie seitdem arbeitsunfähig geschrieben sei. Sie schlafe ungewöhnlich viel, sehe verschwommen, alles strenge sie nur noch an.

Erst auf gezielte Nachfrage berichtet die Patientin, dass ihr Partner vor sechs Monaten im Rahmen einer eigenen RehaMaßnahme eine andere Frau kennengelernt habe, zu welcher ein intimes Verhältnis bestanden habe. Sie habe ihn vor die Wahl gestellt, woraufhin er sich von der anderen Frau distanziert habe, was sie jedoch nicht glauben könne. Beständig frage sie sich »Warum?«, fühle sich unzulänglich und minderwertig. Nahezu den gesamten Tag grüble sie darüber nach. Sie könne nicht sagen, dass die Stimmung aktuell schlecht sei, im Grunde fühle sie gar nichts, fühle sich taub und leer. Manchmal höre sie eine Stimme, die sage, dass sie doch selbst schuld daran sei. Oftmals denke sie an den Tod, habe auch schon beim Autofahren kurz den Impuls gespürt, einfach das Lenkrad zu verreißen. Dies habe ihr solche Angst gemacht, dass sie sich entschlossen habe, sich in Behandlung zu begeben.

### Fall 3:

Frau M. ist eine 32-jährige alleinerziehende Mutter (Sohn, drei Jahre; Tochter, fünf Jahre), vollzeitberufstätig als Floristin in einer Friedhofsgärtnerei in Sachsen. Die Patientin berichtet in sich zusammengesunken, die Augen gesenkt und mit der Hand bedeckend und mit leiser monotoner Stimme von ihrer Symptomatik. »Die Batterien seien komplett leer«, sie fühle sich »ausgebrannt«, kraftlos und chronisch müde. Sie habe kaum Energie, morgens aufzustehen, aber es nütze ja nichts, sie müsse die Kinder in den Kindergarten bringen und dann zur Arbeit. Die Arbeit sei anstrengend, eine Kollegin sei dauererkrankt, die Stelle werde nicht nachbesetzt. Häufig leiste sie Überstunden, riskiere dabei häufig auch »Ärger« mit den Erzieherinnen im Kindergarten. Nach der Arbeit seien die Kinder zu versorgen, der Haushalt zu machen, einkaufen, Wäsche usw. Sie habe den Eindruck, nur noch »zu funktionieren«. Nachdem die Kinder im Bett sind, erledige sie noch dieses und jenes und falle dann auch »wie ein Stein« ins Bett. Sie wisse nicht, wann sie das letzte Mal irgendetwas für sich gemacht oder mal richtig gelacht habe. Sie merke, wie ihr alles »über den

Kopf wachse«, einfach zu viel werde. Sie sei reizbar und ungeduldig mit den Kindern, gelegentlich werde sie schon auch mal laut oder die »Hand rutsche aus«. Im Nachhinein tue ihr dies stets sehr leid und sie fühle sich schuldig. Sie habe immer eine gute Mutter sein wollen, habe es ihren Kindern schöner machen wollen, als sie selbst es erlebt habe – »und nun das ...«. Sie leide unter einem stark verspannten Nacken, die Frequenz der Kopfschmerzen habe deutlich zugenommen. Sie versuche, ohne Kopfschmerzmittel auszukommen, aber dies gelinge ihr zunehmend nicht mehr. Neulich sei sie in der Arbeit »zusammengebrochen«, habe plötzlich einen Weinkrampf gehabt, habe nicht mehr aufhören können. Ihre Vorgesetzte habe sie dann nach Hause geschickt und ihr eine Therapie empfohlen.

#### Fall 4:

Herr S. ist ein 52-jähriger Elektroingenieur in einer mittelgroßen Stadt in Thüringen. Er berichtet, vor ca. einem Jahr sei die Firma durch einen »Outsourcing-Prozess« vom ehemaligen Kernunternehmen abgespalten worden. Man habe den Mitarbeitern versprochen, dass sich an ihrer Tätigkeit nichts wesentlich ändern würde, dies sei jedoch nicht eingetreten. Es sei massiv Personal abgebaut worden, er könne froh sein, dass er seine Stelle noch behalten habe. Im Grunde begebe er sich auch nur in Therapie, weil seine Frau gedroht habe, ihn zu verlassen, wenn sich nichts ändere. Er sei in letzter Zeit sehr gereizt, »fahre schnell aus der Haut«. Er sei ungeduldig, alles gehe ihm zu langsam, z. B. an der Supermarktkasse anzustehen könne er einfach nicht mehr ertragen. Er merke dann eine innere Unruhe und wie es ihm heiß den Körper bis ins Gesicht hochziehe. Wenn dann noch irgendwas passiere (z. B. wenn ihn jemand von hinten mit dem Wagen anstößt, der Kunde vor ihm das Obst nicht abgewogen hat oder Ähnliches), dann bekomme er »dermaßen Hass«, dass er alles »kurz und klein schlagen« könne. Bislang habe er sich allerdings beherrschen können, angeschrien habe er den einen oder anderen allerdings schon. Er könne es nicht ertragen, wenn er auch noch zu Hause »angemacht« werde. Im Grunde wolle er nur in Ruhe gelassen werden, und er verstehe nicht, wie so sein Umfeld ihm das nicht gewähren könne. Es stimme, dass er in den Abendstunden auch vermehrt Alkohol getrunken habe, das jedoch nur, um wenigstens »ein bisschen runterzukommen« und »abschalten« zu können. Der Stress an der Arbeit mache ihm doch zu schaffen, er frage sich, was passieren würde, wenn auch er seine Arbeit verlöre. Es sei noch eine

*Hypothek auf dem Haus. Er kontrolliere seine Arbeit daher häufig nach, um Fehler zu vermeiden, doch dann werde er zu langsam und mache sich diesbezüglich Sorgen. Er habe in den letzten sechs Monaten 15 kg zugenommen, er führe dies auf die vielen Schokoriegel zurück, die er während der Arbeit und zu Haus konsumiere. Auf Rückfrage berichtet Herr S. auch sexuelle Schwierigkeiten im Sinne von Libidoverlust seinerseits, welche die Beziehung belasten würden, da seine Frau dies »irgendwie persönlich« nehme, er habe aber eigentlich einfach keine Lust dazu.*

Im Gegensatz zu vielen anderen Störungsbildern können depressive Erkrankungen trotz des gleichen »Labels« in sehr unterschiedlichen Symptomkonstellationen auftreten und dadurch phänomenologisch auch sehr unterschiedlich wirken. Darüber hinaus können im funktionalen Bedingungsgefüge sehr unterschiedliche Faktoren in der Genese des Störungsbildes relevant sein. Im Folgenden soll auf die verschiedenen Symptome auf den vier Ebenen des verhaltensanalytischen Befundes näher eingegangen werden:

- a) emotionale Ebene
- b) physiologisch-vegetative Ebene
- c) kognitive Ebene
- d) Verhaltensebene

### 2.1.1 Symptome auf der emotionalen Ebene

Leitsymptom auf der emotionalen Ebene ist **Niedergeschlagenheit** oder **Traurigkeit**. Jeder Mensch ist irgendwann im Laufe seines Lebens auch einmal traurig oder niedergeschlagen, dies ist erst einmal nicht pathologisch. Hält dieser Zustand jedoch über einen längeren Zeitraum (lt. ICD-10: mind. 14 Tage) an, wobei diese Emotion nahezu durchgängig unverändert auftritt, und ist derjenige wenig reagibel auf positive Ereignisse, die um ihn herum geschehen, so liegt eine andauernde depressive Stimmungslage vor. Es sind also das Ausmaß, die Stabilität und die Dauer des Vorherrschens dieses Gemütszustandes, die entscheidend sind für seine klinische Relevanz. Ebenso häufig beobachtbar ist eine allgemeine **emotionale Labilität** mit erhöhter Empfindlichkeit und erhöhter **Neigung zum Weinen**. Patienten berichten z. B., dass Kritik sie ungleich stärker trifft und sie häufig auch bei kleineren An-

lassen oder gar grundlos zu weinen beginnen. Sie fühlen sich häufig insgesamt sensitiver und verletzlicher. Aber auch **Reizbarkeit**, **Unzufriedenheit** bis hin zu **Feindseligkeit** können Symptome einer Depression darstellen. Patienten berichten häufig, es störe sie »die Fliege an der Wand«, dass sie häufiger und schneller unter Wutausbrüchen leiden, sich schlechter kontrollieren können, sich insgesamt angespannt und gereizt fühlen. Ein weiteres wichtiges Symptom auf der emotionalen Ebene sind **Schuldgefühle**, die sich auf eigenes Verhalten bzw. zum Teil auch auf die Person in Gänze beziehen. Diese Schuldgefühle können sehr weitreichend das Denken des Patienten bestimmen und sind häufig von der Außenperspektive aus gesehen nahezu absurd. Depressive Patienten neigen dazu, sich auch für Dinge verantwortlich zu fühlen, die nicht in ihrem Verantwortungsbereich liegen, oder reagieren sehr selektiv auf negative Ereignisse bzw. Aspekte ihrer Person und beurteilen sich ungleich strenger, als sie jeden anderen Menschen beurteilen würden (siehe hierzu auch kognitive Ebene). Neben Niedergeschlagenheit/Traurigkeit oder auch Gereiztheit tritt gehäuft auch erhöhte **Ängstlichkeit** auf. Die Patienten trauen sich häufig wenig zu, sind sorgenvoll und befürchten (meist katastrophisierend) schlimmes Unge- mach in der Zukunft, für das sie zumeist auch selbst die Verantwortung (zu) tragen (glauben). Aufgrund kognitiver Verzerrungen erleben sie sich häufig als insuffizient und leiden unter **Versagensängsten** oder **Schüchternheit** bzw. auch sozialphobischen Tendenzen und beginnen, derartige Situationen zu meiden oder grübeln im Vorfeld und danach lange Zeit über die Ereignisse nach. Teilweise steigert sich die Angstsymptomatik bis zu **Panikattacken** (siehe auch physiologisch-vegetative Ebene). Kommen diese Ängste ausschließlich im Rahmen der depressiven Stimmungslage vor, so werden sie laut ICD-10 auch als Symptom der Depression und nicht als eigenständige Störung verschlüsselt. Ein sehr wichtiges und daher auch Leitsymptom der ICD ist die **Anhedonie**, d. h. der Verlust von Freude an einstmaligen angenehmen Dingen. Patienten berichten dann z. B., dass sie seltener lachen, Dinge weniger Freude machen als früher und vieles eher mit Kraftanstrengung verbunden ist und weniger mit Spaß. Bei ausgeprägter Anhedonie berichten Patienten meist, sich »innerlich wie tot« zu fühlen, eine »innere Leere« oder ein »Gefühl der Gefühllosigkeit«. Letztlich berichten viele Patienten auch das Gefühl der **Einsamkeit** bzw. auch das »Sich-ausgeschlossen-Fühlen« von anderen und der Gemeinschaft. Unabhän-

gig von Einsamkeitsgefühlen im Rahmen einer Trauerreaktion fühlen sich viele depressive Patienten oftmals allein und ungeliebt, was meist mit hohem Leidensdruck einhergeht.

### 2.1.2 Symptome auf der physiologisch-vegetativen Ebene

Viele Patienten mit depressiven Erkrankungen berichten eine **Störung der Vitalgefühle**, d. h., sie beschreiben, sich kraftlos und erschöpft zu fühlen, schnell ermüdbar zu sein, ohne Energie. Damit einhergehend ist häufig die Schilderung, dass sie alles zunehmend mehr Kraft und Anstrengung koste, Tätigkeiten mehr Zeit in Anspruch nähmen als früher, mehr Pausen notwendig seien und z. B. die berufliche Tätigkeit nur unter Ableisten von Überstunden überhaupt schaffbar sei. Die Patienten berichten **Antriebslosigkeit**, d. h., dass es unendlich schwerer sei, sich für Aktivitäten (auch positive bzw. angenehme) zu motivieren, häufig der Tag »wie ein Berg« vor ihnen liege, man am liebsten im Bett liegen bliebe und gar nichts täte. Auch **Antriebshemmung** kann vorliegen, d. h., es besteht durchaus Interesse, Dinge in Angriff zu nehmen, aber subjektiv bestünde das Gefühl, »wie ein Auto mit angezogener Handbremse« zu fahren, nur halb so viel zu schaffen bei gleichem Engagement. Trotz der Störung der Vitalgefühle oder auch einer Antriebslosigkeit, aber natürlich auch unabhängig davon, berichten viele Patienten von **innerer Unruhe** oder einem Gefühl des »Getriebenseins«. Dies wird häufig in Form von Körpermissempfindungen wie Kribbeln in den Beinen oder im Bauch oder dem Eindruck »gleich zu platzen« beschrieben. Diese innere Anspannung ist häufig auch die Ursache von Schlafschwierigkeiten, da Patienten den Eindruck haben, nie und nimmer ruhig im Bett liegen zu können. Zum Teil mündet diese Anspanntheit auch in **Panikattacken**, d. h. plötzlichen starken vegetativen Erregungszuständen, meist einhergehend mit Kurzatmigkeit, Brustbeklemmung und -schmerz, Schwitzen und Herzrasen, ggf. Ohnmachts- und Schwindelgefühle, Taubheit oder Kribbeln in den peripheren Extremitäten, trockenem Mund, zum Teil mit dem Gedanken, einen Herz- oder Hirninfarkt zu bekommen, umzufallen oder Ähnliches. Panikattacken können mit konkreten Auslösern (bestimmten Gedanken, Körperwahrnehmungen, Situationen etc.) assoziiert sein, müssen dies aber nicht. Viele Patienten berichten auch, plötzlich »und wie aus heiterem Himmel« unter Paniksymptomatik zu leiden. Oben

bereits erwähnt wurde das häufige Symptom der **Schlafstörungen**. Diese können in sehr unterschiedlicher Form i. S. von Hypersomnie, d. h. einem verstärkten Schlafbedürfnis, aber vor allem im Sinne von Einschlaf- und Durchschlafstörungen oder morgendlichem Früherwachen auftreten. Viele Patienten berichten, sich nachts im Bett »hin und her zu wälzen«, häufig zu grübeln und schlecht zur Ruhe zu kommen. Schlafstörungen werden häufig als eines der zuerst beobachteten Symptome genannt. Wichtig dabei ist aber auch, das genaue Schlafverhalten zu explorieren, da Patienten mit depressiven Störungen aufgrund der Kraftlosigkeit und Erschöpfung oder auch zum Teil, um »aus der Realität zu fliehen«, häufig auch sehr lange und viel im Bett liegen (z. B. regelmäßige Mittagsruhe eingeführt haben) und bereits aufgrund dessen abends nicht mehr schlafen können und morgens früher wach sind. Jedoch unabhängig davon sind Schlafstörungen ein sehr häufiges und auch sensitives Symptom auf physiologisch-vegetativer Ebene. Zu den Schlafstörungen im weiteren Sinne sind auch **Alpträume** zu zählen, unter denen viele Patienten leiden. Teilweise sind Traum inhalte benennbar, zum Teil berichten Patienten lediglich, nachts völlig verschwitzt und atemlos aufzuwachen, ohne sich an einen spezifischen Traum oder Auslöser erinnern zu können. Ein sehr häufiges Symptom, welches aber meist nicht spontan, sondern in der Regel nur auf Nachfrage berichtet wird, ist **Libidoverlust**. Die Patienten berichten häufig, kein sexuelles Verlangen mehr zu verspüren. Zum Teil wird Sexualität auch nicht vermisst, zum Teil fällt Patienten auch erst beim Darüberreden auf, dass ihnen eine entscheidende Quelle positiver Empfindungen »abhanden« gekommen ist, zum Teil lassen Patienten Sexualität »über sich ergehen«, um den Partner nicht »vor den Kopf zu stoßen«, und leiden unter der fehlenden Lust. Die direkte Ansprache dieses weit-verbreiteten Symptoms führt oftmals zur Erleichterung seitens des Patienten. Weiteres häufiges Symptom im Rahmen depressiver Erkrankungen sind **Veränderungen im Appetit** i. S. von Appetitverlust (häufig einhergehend mit Gewichtsverlust), aber auch gesteigerter Appetit zum Teil mit Heißhungerattacken (häufig einhergehend mit Gewichtszunahme) kann auftreten. Schlafqualität, Libido und Appetit stellen also im Rahmen der Diagnostik depressiver Störungen entscheidende diagnoserelevante Symptome und nicht »nur« Inhalt der vegetativen Anamnese dar und dürfen daher bei der Symptomerhebung auch nicht übergangen werden. Des Weiteren berichten depressive Patienten häu-

fig über **allgemeine vegetative Beschwerden** (z. B. Magenbeschwerden, Übelkeit, Durchfälle, verstärktes Schwitzen, trockener Mund) oder auch über **Schmerzen und Verspannungen** (z. B. Rückenschmerz, Kopfschmerzen, allgemeine abdominale oder auch Muskelschmerzen, Nackenverspannungen etc.). Letztere, eher körperbezogene, Symptomatik tritt (neben einigen kulturellen Besonderheiten) häufig jedoch umso mehr in den Vordergrund, je weniger derjenige in der Lage ist, über seine psychische Befindlichkeit, d. h. Gedanken und Gefühle, zu berichten. Eine Studie von Simon et al. (1999) an 1146 Patienten zeigte, dass 69 % der depressiven Patienten den Hausarzt initial ausschließlich aufgrund körperlicher Beschwerden aufsuchten.

### 2.1.3 Symptome auf der kognitiven Ebene

Depressive Patienten zeigen häufig im formalen Denken Auffälligkeiten. Dies betrifft vor allem eine Neigung zum **Grübeln**, d. h. einem wiederholten, wenig zielführenden Nachdenken über die eigene Person, die aktuelle/vergangene/zukünftige Situation, andere Menschen und die Beziehung zu ihnen etc. Zu Inhalten, Funktionen und therapeutischem Umgang mit Grübeln sei auf Kapitel 4.2.2 verwiesen. Inhaltlich ist das Denken depressiver Patienten häufig **negativ verzerrt** und führt aufgrund kognitiver Fehler oftmals zu **überzogener Selbstkritik**, negativer Sicht der Zukunft bzw. **pessimistischen Zukunftserwartungen**, meist gepaart mit dem **Erleben** von **mangelnder Kontrolle** über die zukünftigen Entwicklungen bzw. einer ausgeprägten **Misserfolgsorientierung** vor dem Hintergrund einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung, geringen Selbsteinschätzung bzw. **vermindertem Selbstvertrauen** und damit einhergehend letztlich **Mutlosigkeit** sowie **Hoffnungs- und Sinnlosigkeitserleben**, auch Gedanken von Ausweglosigkeit werden geäußert. Patienten mit depressiven Störungen berichten häufig, das Denken falle ihnen schwer. Zum einen wird das **Denken** selbst oft als **mühsam** und anstrengend erlebt, häufig werden jedoch auch **Aufmerksamkeits- bzw. Konzentrationsprobleme** oder **Gedächtnisschwäche** berichtet. Immer wieder ist zu beobachten, dass Patienten mit depressiver Störung nahezu **entscheidungsunfähig** in Passivität verharren, den Eindruck der **Überforderung in einer Situation** schildern, ohne eigene Einflussmöglichkeiten zu erkennen oder gar zu nutzen. Die **Vermeidung der Übernahme von Verantwortung** ist damit oft verbunden.

Dies wird jedoch leicht verständlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass ja zumeist die Annahmen bestehen, grundlegend als Person unzulänglich zu sein, »immer Unglück zu haben« und vor allem bereits an sehr vielen »Fehlschlägen« im Leben schuld zu sein, daher auch die erneute Übernahme von Verantwortung gleichermaßen nur in Versagen und in einer »Katastrophe« enden kann. Depressive Patienten haben die Tendenz, Misserfolge intern stabil, d. h. durch die feststehenden überdauernden Eigenschaften der eigenen Person verursacht und Erfolge eher extern variabel, d. h. Faktoren wie Glück, Zufall, selten oder zumindest nicht zuverlässig verfügbaren anderen Personen etc. zuzuschreiben. Damit einher geht ebenso die Tendenz, auch für Faktoren die Verantwortung zu übernehmen, die zwar im Gesamtgeschehen einen negativen Einfluss ausübten, jedoch nicht unter Kontrolle der Person gestanden haben (z. B. der **Gedanke, schuld zu sein** an der verspäteten Ankunft zur Geburtstagsfeier, da man nicht mit der Bahn gefahren ist, sondern mit dem Auto und nunmehr im Stau stand). Häufig fußen derartige Annahmen in grundlegenden negativen oder sehr rigiden kognitiven Schemata mit hohen moralischen oder Leistungsansprüchen. Diese kognitiven Verzerrungen können zunehmend überwertigen Charakter annehmen und in Wahnvorstellungen münden, d. h., die seitens des Patienten hergestellten Zusammenhänge sind sehr fern der Realität, es besteht jedoch kein Zugang diesbezüglich und keine kritische Distanz. D. h., der Patient ist überzeugt, dass seine Wahrnehmung der Situation richtig und angemessen ist, und ist dadurch auch kognitiven Interventionen zur Veränderung dieser irrationalen Annahmen nicht zugänglich. In einzelnen seltenen Fällen können auch **Wahnvorstellungen** oder **Halluzinationen** auftreten, welche keinen Bezug zu depressiven Denkinhalten aufweisen. Dies muss vor allem differenzialdiagnostisch genau betrachtet werden. Letztlich ebenso der kognitiven Ebene zuzuordnen sind **suizidale Gedanken**. Dies betrifft zum einen Suizidfantasien wie einzuschlafen und nicht mehr aufzuwachen, aber auch wiederkehrende drängende Gedanken, sich etwas anzutun, als auch ein Grübeln über die Art und Weise der (potenziellen) suizidalen Handlung. Letztlich auch erwähnt werden sollen **hypochondrische Befürchtungen**, die im Rahmen depressiver Erkrankungen auftreten können, z. B. die Sorge, unheilbar krank zu sein oder demnächst an einer schweren Krankheit zu erkranken.

## 2.1.4 Symptome auf der Verhaltensebene

Wesentliches und häufig zu beobachtendes Symptom auf der Verhaltensebene ist die aus Antriebslosigkeit, Anhedonie und/oder Kraftlosigkeit resultierende **Reduktion von Aktivitäten**. Dies betrifft insbesondere zu Beginn der depressiven Erkrankung häufig Freizeitaktivitäten, da im Grunde jeder (insbesondere die häufig sehr pflichtbewussten depressiven Patienten mit hohen moralischen Standards) vorerst versucht, seine »Pflichten« wie Haushalt, Berufstätigkeit etc. weiter zu erledigen. Häufig treten dann jedoch zunehmend auch Probleme bei der praktischen Alltagsbewältigung auf. Depressives Verhalten ist zudem häufig gekennzeichnet von **sozialem Rückzugsverhalten**. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich und reichen von dem Eindruck unangenehmer Reizüberflutung über Erschöpfung sowie Interessenverlust bis hin zum Gefühl, niemanden mit seiner »schlechten Stimmung« zur Last fallen zu wollen oder Angst zu haben, bei Ansprache weinen zu müssen. Auf der anderen Seite tritt aufgrund der zunehmenden Reduktion von Aktivitäten häufig auch eine **Zunahme der Abhängigkeit** von anderen auf. Im Kontaktverhalten ist meist eine kraftlose, spannungsleere, in sich **zusammengesunkene Körperhaltung** auffällig, häufig begleitet von **eingeschränkter Gestik und Mimik**. Depressive Patienten wirken im Gesichtsausdruck oftmals traurig, aber zum Teil auch eher maskenhaft, erstarrt oder angespannt. Zum Teil wirken die Patienten dadurch sehr viel älter, als sie tatsächlich sind. In der **Sprache** zeigen sie häufig wenig Modulation, sprechen langsam, meist leise mit vielen Pausen, häufig dabei auch schwer atmend. Patienten können aber auch unter deutlicher **psychomotorischer Anspannung** leiden, unruhig wirken mit z. B. permanent wackelnden Beinen oder »Knibbeln« an den Fingern oder wild gestikulierend und laut schimpfend. Weitere Symptome auf der Verhaltensebene sind z. B. **Suizidankündigungen, Suizidvorbereitungen, Suizidversuche** oder schlimmstenfalls der **vollzogene Suizid**. Suizidalität muss bei depressiven Patienten stets mit bedacht und immer mit erfragt werden. Hier reicht in der Regel auch nicht die einmalige Nachfrage zu Beginn der Therapie, sondern es ist immer wieder notwendig, auch im Verlauf suizidale Tendenzen zu erheben bzw. auszuschließen. Im Kap. 5 werden wir auf dieses wichtige Thema noch einmal genauer eingehen.