

# Deutsche Paracelsus Schulen

Prüfungsabschlußarbeit zur Ausbildung

Psychologische Beraterin – Psychotherapeutin (HPG)

Thema: Depression und Ängste  
Fall 2

vorgelegt von: Annelore Roth  
Kelkheimerstr.46  
65812 Bad Soden/Ts.

Immatrikulationsnummer: 4844 PSY/140

VFP - Mitgliedsnummer: 13011

zur Vorlage bei: Herrn Professor Dr. Hans-Ulrich Ahlborn, Hannover  
Herrn Dr. Werner Weishaupt, Hannover

Ausbildungsort: Deutsche Paracelsus Schule, Frankfurt a.M.

Studienleitung: Herr Jürgen Grabosch

Bad Soden, den 06. Mai 2002

.....  
Annelore Roth

# Inhalt

<b>Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Terminologie.....</b>	<b>2</b>
1.1 Historische Entwicklung.....	2
1.2 Klassifikation der Affektiven Störungen.....	2
<b>2 Epidemiologie, Risikofaktoren und Komorbidität.....</b>	<b>3</b>
2.1 Epidemiologie.....	3
2.2 Risikofaktoren.....	3
2.3 Komorbidität .....	3
<b>3 Symptomatik und Diagnosekriterien.....</b>	<b>3</b>
3.1 Beschreibung der depressiven Symptomatik.....	4
3.2 Diagnosekriterien unipolar affektiver Störungen .....	4
3.2.1 Depressive Episode.....	4
3.2.2 Dysthymia.....	5
3.3 Symptomatik bipolar affektiver Störungen .....	5
3.4 Subtypen.....	5
3.5 Sonderformen.....	6
3.6 Differentialdiagnose .....	6
<b>4 Erklärungsmodelle.....</b>	<b>6</b>
4.1 biologisch.....	6
4.2 genetisch.....	6
4.3 psychodynamisch.....	6
4.4 verhaltensorientiert – Lewinsohn.....	7
4.5 kognitionstheoretisch – Seligman.....	7
4.6 Kognitive Theorie – Beck.....	7
4.7 Selbstregulationsmodell – Kanfer.....	7
<b>5 Therapieformen.....</b>	<b>8</b>
5.1 Biologische Therapien.....	8
5.2 Psychotherapeutische Therapieformen.....	8
<b>6 Fallbeschreibung.....</b>	<b>10</b>
<b>7 Therapieplan – orientiert am 7-Phasen-Modell F. Kanfers.....</b>	<b>11</b>
7.1 Phase 1 Eingangsphase.....	11
7.1.1 Anamnese – Exploration.....	12
7.1.2 Differentialdiagnostische Überlegungen.....	12
7.1.3 Sichtung der Eingangsbeschwerden.....	12
7.1.4 Diagnose.....	13
7.1.5 Therapie.....	13
7.1.6 Ende des Erstgesprächs u. Überlegungen z. weiteren Verlauf.....	13
7.2 Phase 2 Aufbau von Änderungsmotivation.....	14
7.3 Phase 3 Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell.....	15
7.4 Phase 4 Vereinbarung therapeutischer Ziele.....	15
7.5 Phase 5 Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden.....	16
7.5.1 Veränderung von Kognitionen.....	16
7.5.2 Aufbau positiver Aktivitäten.....	17
7.5.3 Training sozialer Kompetenz.....	18
7.6 Phase 6 Evaluation therapeutischer Fortschritte.....	19
7.7 Phase 7 Endphase und Abschluß der Therapie.....	20
<b>8 Literaturliste.....</b>	<b>21</b>

# 1 Einleitung

„Wenn es eine Hölle auf Erden gibt, dann findet man sie im Herzen eines melancholischen Menschen“ (Robert Burton, Die Anatomie der Melancholie, 1621).

Depressionen nehmen zu. Ihr Beschwerdebild ist quälend. Die Folgen können verhängnisvoll sein, vor allem wenn man eine drohende Selbsttötungsgefahr übersieht.

Aber Depressionen sind auch Krankheiten, die gut und erfolgreich behandelt werden können. Sie klingen bei geeigneter Behandlung in der überwiegenden Mehrzahl innerhalb von Wochen oder wenigen Monaten wieder ab. Allerdings gibt es keinen schnellen Weg aus der Depression. Die Heilung kommt immer in kleinen Schritten.

Diesen Weg möchte ich in meiner Arbeit anhand der Fallbeschreibung von Herrn G. aufzeigen. Ich habe dafür einen verhaltenstherapeutischen Ansatz gewählt. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, habe ich denkbare tiefenpsychologische und lösungsorientierte Ansatzpunkte nicht mit aufgenommen. Wobei ich denke, daß es für eine „maßgeschneiderte Therapie“ wichtig ist, schulenübergreifend vorzugehen.

Die Arbeit ist in einen theoretischen und einen praktischen Teil gegliedert.

Ich beginne in Kapitel 1 mit der historischen Entwicklung und der Klassifikation der Affektiven Störungen. In Kapitel 2 folgen Epidemiologie, Risikofaktoren und Komorbidität. Danach beschreibe ich in Kapitel 3 die depressive Symptomatik und die Diagnosekriterien, sowie die Differentialdiagnose. In Kapitel 4 stelle ich stark verkürzt verschiedene Erklärungsmodelle vor und in Kapitel 5 verschiedene Therapieformen, die heute eingesetzt werden.

Mit der Fallbeschreibung in Kapitel 6 beginnt der praktische Teil. Danach stelle ich in den Kapiteln 7.1 – 7.7 einen möglichen Therapieverlauf anhand des 7-Phasen-Modells von Fred Kanfer dar. Er führt anhand der 7 Phasen von der Anamnese über den Beziehungs- und Motivationsaufbau weiter zur Verhaltensanalyse und Zielvereinbarung bis hin zur Planung und Durchführung von speziellen Interventionstechniken. Zum Schluß werden die Evaluation therapeutischer Fortschritte und der Abschluß der Therapie beschrieben.

Im Anschluß folgt eine Auflistung der verwendeten Literatur.

Wegen der besseren Lesbarkeit habe ich in meiner Arbeit immer die maskuline Sprachform verwendet. Ich spreche also immer von dem Therapeuten und dem Klienten, wobei alle Aussagen gleichermaßen für weibliche und männliche Personen gelten.

# 1 Terminologie

## 1.1 Historische Entwicklung

**Affektive Erkrankungen wurden bereits in der Antike präzise beschrieben und von Hippokrates im 4. Jahrhundert v. Chr. als Melancholie und Manie bezeichnet.**

**Mitte des 19. Jahrhunderts wurde dezidiert beschrieben, daß Patienten zwischen depressiven und gehobenen Stimmungslagen „zyklisieren“ können.**

**Kraepelin führte Ende des 19. Jahrhunderts den Begriff des „manisch-depressiven Irreseins“ ein und postulierte, daß auch unipolare Depressionen unter dieser Krankheitseinheit zu subsumieren seien.**

Später wurden all diese Erkrankungen als affektive Psychosen bezeichnet, und zwar unabhängig von ihrem Schweregrad (vgl. Berger, 1999 Psychiatrie u. Psychotherapie).

Im triadischen System der Psychiatrie nach Kurt Schneider werden die Affektiven Psychosen oder Manisch-Depressiven Erkrankungen zu den Endogenen Psychosen gezählt, wobei man annimmt, daß ihnen körperliche Ursachen zugrunde liegen, die allerdings bis heute noch nicht definitiv nachweisbar sind.

Davon abgegrenzt werden Depressionen, die als psychogen verursacht angesehen werden, wie die neurotischen und reaktiv-situativen Depressionen.

In einem dritten Bereich werden die exogenen oder organischen Depressionen erfaßt, denen definierte körperliche Erkrankungen zugrunde liegen, die das Gehirn primär oder sekundär schädigen können.

## 1.2 Klassifikation der Affektiven Störungen

In den neuen, heute allgemein gültigen Klassifikationssystemen ICD-10 der WHO (Dilling + Mitarb. 1993) und DSM-IV (APA 1994) wurde die ätiopathologische Einteilung der Depression aufgegeben. Die Einteilung erfolgt hier nach phänomenologischen Kriterien wie Symptomatik, Schweregrad, Verlauf und Rückfallrisiko.

Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, beschränke ich mich bei dieser Übersicht auf die Darstellung im ICD-10.

Hier werden im Kapitel F3 Affektive Störungen wie folgt aufgeführt:

### **F 30 Manische Episode**

- Hypomanie
- Manie mit/ohne psychot. Symptome

### **F 31 Bipolare affektive Störung** unterteilt nach

- Episode depressiv, hypomanisch, manisch oder gemischt
- Schweregrad: leicht/mittel/schwer
- mit/ohne psychot. Symptome

### **F 32 Depressive Episoden** unterteilt nach

- Schweregrad: leicht/mittel/schwer
- mit/ohne somatische Symptome
- mit/ohne psychot. Symptome

### **F 33 Rezidivierende depressive Störung** unterteilt nach

- Schweregrad: leicht/mittel/schwer
- mit/ohne somatische Symptome
- mit/ohne psychot. Symptome

### **F 34 Anhaltende affektive Störungen**

- Zyklothymia
- Dysthymia

## 2 Epidemiologie, Risikofaktoren und Komorbidität

### 2.1 Epidemiologie

Depressionen sind häufige psychische Störungen, die zudem in den letzten Jahrzehnten offensichtlich häufiger werden und immer jüngere Altersgruppen erfassen. Die Erstmanifestation depressiver Erkrankungen hat ihren Häufigkeitsgipfel in der Mitte des dritten Lebensjahrzehnts, 50% der Ersterkrankungen treten bereits vor Erreichen des 40. Lebensjahres auf.

Im Laufe ihres Lebens (Lebenszeitprävalenz) erkranken 17% der Gesamtbevölkerung an einer Depression, wobei etwa doppelt so viele Frauen wie Männer erkranken. Die Schätzungen für die Diagnose einer depressiven Episode liegen bei 1-2 Neuerkrankungen auf 100 Personen (Hautzinger, Depression, 1998).

Die Lebenszeitprävalenz bei Dysthymien wird mit 6% angegeben, es besteht keine Geschlechtsdifferenz in der Erkrankungswahrscheinlichkeit. In 10-25% werden sie in ihrem Verlauf von einer Major Depression überlagert, sog. Doppelte Depression (Berger, 1999).

### 2.2 Risikofaktoren

Zu den Risikofaktoren zählen neben dem weiblichen Geschlecht vor allem eine erbliche Belastung, also depressive Erkrankungen in der Familienvorgeschichte.

Weitere Risikofaktoren sind bestimmte Lebensereignisse (live events) wie z.B. Verlust eines Lebenspartners oder Kindes, Scheidung oder Arbeitslosigkeit.

Aber auch lang andauernde familiäre oder berufliche Belastungszeiten oder chronische Schmerzen kommen im Vorfeld depressiver Episoden gehäuft vor.

### 2.3 Komorbidität

**Depressionen weisen eine hohe Rate an Komorbidität auf. Überlappungen bzw. gleichzeitiges Vorkommen mit Angststörungen, Zwängen, PTBST, Eßstörungen, Substanzmißbrauch, Schlafstörungen, Sexuellen Störungen, Somatoformen Störungen, schizophrenen Störungen sowie verschiedenen Persönlichkeitsstörungen sind häufig, wobei Angststörungen, Substanzinduzierte Abhängigkeiten und Somatoforme Störungen am häufigsten als zweite Diagnose vorkommen.**

Die Frage, ob die Depression primär oder erst in Folge der anderen Erkrankungen auftritt, ist kaum zuverlässig zu beantworten.

8

## 9 3 Symptomatik und Diagnosekriterien

### 3.1 Beschreibung der depressiven Symptomatik

Charakteristisch für alle Formen von Depression ist, daß eine Vielzahl von körperlichen und psychischen Symptomen gemeinsam vorkommen.

Hauptmerkmal ist eine gedrückte, schwermütige, traurige Stimmung.

Die Menschen fühlen sich ängstlich, hilflos, zum Teil verzweifelt. Manche weinen häufig, andere würden sich erleichtert fühlen, wenn sie weinen könnten (wie versteinert). Sie haben an nichts mehr Freude, sind unfähig zu genießen oder überhaupt etwas zu empfinden (Gefühl der Gefühllosigkeit). Sie leiden unter einem niedrigen Selbstwertgefühl, sind leicht verletzlich und äußerst kritisch mit sich selbst. Die Gedanken sind pessimistisch-negativ (schwarze Brille), voll Selbstanklagen und – vorwürfen. Aufgaben erscheinen wie ein Berg voller Hindernisse. Sie empfinden sich als wertlos und unfähig, Dinge zu ändern. Die Umwelt wird als gegen sich gerichtet und kritisch erlebt, die Zukunft hoffnungslos (Becksche Triade). Die daraus resultierende Verzweiflung läßt bei ihnen oftmals den Gedanken aufkommen, es wäre besser tot zu sein. Sie verlieren ihr übliches Interesse an ihren

Tätigkeiten und Hobbys, sozialen Kontakten und Sexualität und empfinden statt dessen eine allgemeine Langeweile oder Leere. Das Denken ist verlangsamt und auf nur wenige Themen beschränkt (eingengt) um die die Gedanken ständig kreisen (Grübelzwang). Inhaltlich kommen Scham- und Schuldgefühle häufig vor. Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen können v.a. bei älteren Patienten zu der Fehldiagnose einer Demenz führen.

Die wesentlichen Symptome einer Depression können nach folgenden Gesichtspunkten unterschieden werden (vgl. Hautzinger, 1998, Depression):

<b>Verhalten/Motorik</b>	kraftlos, gebeugt, Verlangsamung d. Bewegung, Agitiertheit, traurig, weinerlich, Sprache leise, monoton
<b>emotional</b>	Probleme bei der Bewältigung alltäglicher Anforderung Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Trauer, innere Leere, Gefühl der Gefühllosigkeit;
<b>vegetativ/somatisch</b>	innere Unruhe, Spannung, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Appetit-u.Gewichtsverlust, Libidoverlust, Magen- und Verdauungsbeschwerden, Herz- und Brustschmerzen;
<b>kognitiv</b>	Pessimismus, Selbstkritik, Selbstunsicherheit, negative Einstellung, Konzentrationsprobleme, zirkuläres Grübeln, Wahnvorstellungen, Suizidideen;
<b>motivational</b>	Mißerfolgsorientierung, Rückzugs- bzw. Vermeidungshaltung;
<b>interaktional</b>	Erleben von Nichtkontrolle und Hilflosigkeit, Verstärkerverlust, Abhängigkeit von anderen, Rückzug;

## 3.2 Diagnosekriterien unipolar affektiver Störungen

Diese möchte ich mit Blick auf die Falldarstellung ausführlicher darstellen, während ich die bipolaren affektiven Störungen der Vollständigkeit halber nur kurz aufführe.

### 3.2.1 Depressive Episode

Nach ICD-10 sind die allgemeinen Kriterien für eine **depressive Episode** erfüllt wenn

- die Symptome seit mindestens 2 Wochen bestehen
- keine manischen oder hypoman. Symptome in der Anamnese gefunden werden
- eine organische psychische Störung oder Mißbrauch psychotroper Substanzen ausgeschlossen werden konnten

**Zusätzlich mindestens zwei (leichte + mittelgradige depr.Episode) ansonsten alle drei**

Leitsymptome vorhanden sind

- depr. Stimmung in ungewöhnlichem Ausmaß, die meiste Zeit d. Tages, fast jeden Tag
- Interessen- und Freudeverlust an Aktivitäten, die bisher angenehm waren
- verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

Der Schweregrad wird durch die Anzahl der folgenden Symptome ermittelt

- Verlust des Selbstvertrauens/Selbstwertgefühls
- unbegründete Selbstvorwürfe/ unangemessene Schuldgefühle
- wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid
- vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen, Unentschlossenheit
- psychomotor. Agitiertheit oder Hemmung
- Schlafstörungen
- Appetitverlust oder gesteigerter Appetit

Depressive Episoden gelten als „leicht“ wenn 4-5, als „mittelgradig“ wenn 6-7 und als „schwer“ wenn 8 und mehr der aufgelisteten Symptome gleichzeitig vorliegen.

Die leichten und mittelgradigen können ohne oder mit „somatischem Syndrom“ auftreten.

Bei einer „schweren depr. Episode“ geht man immer vom Vorhandensein eines „somat. Syndroms“ aus, während „psychotische Symptome“ zusätzlich diagnostiziert werden.

### 3.2.2 Dysthymia

Depressive Stimmung, konstant oder konstant wiederkehrend für einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren,

die Kriterien für eine rezidiv. leichte depressive Störung sind nicht erfüllt.

Mindestens 3 Merkmale aus 1-11

- verminderte Energie oder Aktivität
- Verlust des Selbstvertrauens
- Konzentrationsschwierigkeiten
- häufiges Weinen
- Verlust von Interesse oder Freude an Sex und anderen angenehmen Aktivitäten
- Gefühl von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- erkennbares Unvermögen, mit den Routineanforderungen d. tägl. Lebens fertig zu werden
- Pessimismus bezügl. der Zukunft, Grübeln über die Vergangenheit
- sozialer Rückzug
- verminderte Gesprächigkeit

## 3.3 Symptomatik bipolar affektiver Störungen

Diagnosekriterien s. ICD-10, S.115ff

**3.3.1 Manie (Manische Episode):** gehobene, expansive oder gereizte Stimmung, Selbstüberschätzung, Rededrang, Ideenflucht, vermindertes Schlafbedürfnis, gesteigerte sexuelle Energie. Die Symptome können zu sozialer Ablehnung und Abbruch der Berufstätigkeit führen.

**3.3.2 Hypomanie:** weniger stark ausgeprägte Manie, Symptome in milderer Form als bei der Manie, keine soziale Ablehnung.

**3.3.3 Bipolare Affektive Störung:** manische und depressive Phasen wechseln sich ab, Hauptsymptom sind extreme Stimmungsschwankungen.

**3.3.4 Zylothymia:** andauernde Instabilität der Stimmung mit mehreren Perioden von Depression und Hypomanie über mindestens 2 Jahre.

## 3.4 Subtypen

Aufgrund des Erscheinungsbildes lassen sich folgende Unterformen (Subtypen) unterscheiden:

Gehemmte Depression: **reduzierte Psychomotorik**

**Agitierte Depression:** ängstliche Getriebenheit, Bewegungsunruhe

Larvierte Depression: **vegetative Störungen und vielfältige funktionelle Organ-Beschwerden stehen im Vordergrund, d.h. die Depression wird „vitalisiert“ in und am Körper erlebt**

## 3.5 Sonderformen

**Involutions-/Spätdepression:** Beginn nach dem 45.Lj., erhöhte Suizidgefahr

**Altersdepression:** Ersterkrankung nach dem 60.Lj.

**Wochenbettdepression:** nach der Geburt eines Kindes

**Winterdepression:** saisonal auftretend

**Erschöpfungsdepression:** nach meist langjähr. Dauerbelastung, nach wiederholten schweren Psychotraumen

## 3.6 Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch ist zunächst auszuschließen, daß die depressive Stimmung durch eine körperliche Erkrankung (neurolog. oder endokrine Erkrankung, Infektionskrankheiten, Erkr.der inneren Organe) bedingt ist. Dies muß unbedingt ärztlich, apparativ und labormedizinisch abgeklärt werden.

Weiterhin ist die direkte Einwirkung von Medikamenten, Drogen und Alkohol zu klären, die ein depressives Bild zur Folge haben können.

Psychopathologisch ist das Vorliegen einer bipolaren affektiven Störung bzw. einer Zylothymie auszuschließen, da in der Regel eine unipolare Depression anders behandelt wird als eine Depression im Rahmen einer bipolar affektiven Störung.

Depressive Erkrankungen können auch in Form sekundärer Depressionen im Rahmen von Eßstörungen, Anpassungsstörungen, somatoformen Störungen oder Angsterkrankungen auftreten. „...ein Drittel der Patienten mit Panikstörungen und/oder Agoraphobie entwickeln das Vollbild einer Major Depression“ (Berger, 1999). Bei Vorliegen wahnhafter Symptome ist die Abgrenzung von schizophrenen bzw. schizo-affektiven Störungen wichtig.

## 4 Erklärungsmodelle

**4.1 biologisch:** danach spielt ein Mangel der Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin in der Entwicklung depressiver Erkrankung eine wesentliche Rolle. Er stellt jedoch keine notwendige Bedingung dar, sondern ist eher als Vulnerabilitätsfaktor anzusehen.

**4.2 genetisch:** Ergebnisse aus der Zwillingsforschung sprechen dafür, daß Vererbung eine wesentliche Rolle spielt. Anhand von Längsschnittstudien mit Zwillingspaaren wurde der Einfluß genetischer Faktoren auf 41% bei der Entwicklung einer Depression geschätzt (Hautzinger, 1998, Depression, S.34).

**4.3 psychodynamisch:** hier wird davon ausgegangen, daß Depressivität aus einer Störung des Selbstwertgefühls (narzißtische Krise) und einer fehlverarbeiteten, d.h. gegen sich selbst gerichteten Aggressivität entsteht. Das Modell besagt, daß die Disposition durch eine frühkindliche, psychische und interaktionelle Fehlentwicklung bedingt ist, aus der eine überstarke Abhängigkeit von symbiotischen Objektbeziehungen resultiert (Berger,1999,Psychiatrie und Psychotherapie, S.518). Freud beschreibt Depression als einen Aggressionskonflikt. Nach dem Verlust einer geliebten Person werden neben Gefühlen der Trauer die auftretenden negativen Gefühle der Person gegenüber durch den Abwehrmechanismus der Introjektion abgewehrt, so daß Selbstaggression entsteht.

**4.4 verhaltensorientiert:** das Verstärkungstheoretische Modell von **Lewinsohn** (1974, et.al 1979) sieht Depression als Folge mangelnder positiv verstärkender Erfahrungen und Aktivitäten. Die Grundannahmen sind:

-eine geringe Rate verhaltenskontingenter positiver Verstärkung wirkt auslösend für depressives Verhalten.

-eine geringe Rate verhaltenskontingenter positiver Verstärkung hält die Depression aufrecht. Die Rate des möglichen, noch zu verstärkenden Verhaltens wird zusätzlich verringert. Der Patient ist somit langanhaltenden Lösungsbedingungen ausgesetzt.

-Die Gesamtmenge positiver Verstärker ist abhängig vom:

Umfang potentiell verstärkender Ereignisse und Aktivitäten (beeinflußt durch Alter, Geschlecht, Lerngeschichte etc.);

Umfang verfügbarer und erreichbarer Verstärker zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. unter bestimmten situativen Bedingungen;

Verhaltensrepertoire eines Patienten und seiner Fähigkeiten, Verhalten zu zeigen, das verstärkt werden kann;

Depressives Verhalten wird oftmals aufrechterhalten durch die Art der Verstärkung, die ein Patient kurzfristig durch die (engere) soziale Umwelt erhält, wie Sympathie, Anteilnahme und Hilfe (Hautzinger, 2000, Kogn.VT bei Depressionen, S.7).

**4.5 kognitionstheoretisch:** Im Modell der gelernten Hilflosigkeit von **Seligman** (1975/1992) wird angenommen, daß Menschen durch die Erfahrung der Nichtbeeinflussung und Nichtvorhersagbarkeit vor allem aversiver Ereignisse eine Einstellung der Hilflosigkeit entwickeln. Entscheidend ist dabei die subjektive Ursachenzuschreibung (Kausalattribution) bedeutungsvoller Ereignisse.

Es wurde ein speziell depressiver Attributionsstil postuliert:

-internal: Depressive machen sich selbst für das Auftreten negativer Ereignisse verantwortlich

-stabil: sie erwarten, daß das Ereignis immer fortbestehen wird

-global: und generalisieren es auf andere Lebenssituationen

Während die interne Zuschreibung Schuldgefühle nach sich zieht, trägt die stabile Interpretation zur Chronifizierung bei und die globale zur Ausweitung der Depression.

**4.6 Die kognitive Theorie** von **Beck** (1976, 1979 u.1996) nimmt Depression als Folge verzerrter kognitiver Strukturen und fehlerhafter Informationsverarbeitung auf drei verschiedenen Ebenen an: Während die kognitive Triade automatischer Gedanken den inhaltlichen Aspekt des Denkens benennt, betreffen Schemata den strukturellen Aspekt und systematische Fehler der Informationsverarbeitung den Prozeß des Denkens.

Die **kognitive Triade** automatischer Gedanken bezeichnet die negative Sicht der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft.

**Schemata** entwickeln sich nach Beck im Laufe der Lebensgeschichte und sind latent vorhanden, bis sie durch interne oder externe Streßereignisse oder durch einen Affekt, der dem der Ursprungssituation ähnlich ist, wieder aktiviert werden.

**Kognitive Fehler** halten den Glauben des Depressiven an die Gültigkeit seiner negativen Konzepte aufrecht, obwohl Gegenbeweise vorliegen:

Willkürliche Schlußfolgerungen, selektive Verallgemeinerung, Übergeneralisierung, Magnifizieren der Leistungen anderer und Minimieren der eigenen, Personalisierung, absolutistisches, dichotomes Denken.

**4.7 Das Selbstregulationsmodell** von **Kanfer** (1992) geht von einer gestörten Selbstregulation Depressiver aus:

- in der Selbstwahrnehmung nehmen sie selektiv negative Aspekte wahr, während sie positive ausblenden.

- in der Selbstbewertung setzen sie sich unrealistisch hohe Ziele und überfordern sich damit. Infolgedessen können sie sich relativ selten für erreichte Ziele positiv bewerten.

- bei der Selbstverstärkung überwiegt das Bestrafungsprinzip für Fehler und Unerreichtes, Selbstbelohnungen sind rar.

10

11

12

13

## 14 5 Therapieformen

### 5.1 Biologische Therapien

**5.1.1 Antidepressiva:** Nach zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen darf heute die Wirksamkeit der verschiedenen Antidepressiva als gesichert gelten.

Bei leichten bis mittelschweren Depressionen werden häufig Johanniskrautpräparate verordnet. Bei Vergleichsstudien mit synthetischen Antidepressiva konnten sich Johanniskrautpräparate z.B. gegenüber Imipramin gut behaupten (Hautzinger,1998).

Die Gabe antidepressiver Medikamente in Kombination mit bestehenden psycho-therapeutischen Maßnahmen ermöglichen grundsätzlich einen guten Behandlungserfolg, bei schweren Formen der Depression wird eine Psychotherapie meist erst durch eine vorausgehende Medikation möglich.

**5.1.2 Schlafentzug(Wachtherapie):** die Patienten werden 36-40 Stunden wachgehalten, danach klingt die Depression häufig ab. Allerdings hält der positive Effekt nur 1-2 Tage an. Kann als ergänzende Behandlungsmethode zur Pharmako- und Psychotherapie angewendet werden.

**5.1.3 Lichttherapie:** speziell zur Behandlung saisonal abhängiger Depressionen (sog. Winterdepressionen), sowie bei prämenstruell auftretenden dysthymen Störungen. Die Behandlungsphasen müssen mehrfach wiederholt werden.

**5.1.4 Elektrokrampftherapie (EKT):** umstritten; gilt als Mittel der Wahl in Fällen, in denen ausgeprägte psychotische Merkmale vorliegen, vor allem, wenn eine medikamentöse Behandlung erfolglos geblieben ist (Weiner & Coffey, 1988).

## 5.2 Psychotherapeutische Therapieformen

2 5.2.1 Psychoanalyse/ Tiefenpsycholog. fundierte Psychotherapie:

**Bei dieser Therapieform wird versucht, unbewusste Konflikte bewußt zu machen.**

Durch das wiederholte erinnern und Durcharbeiten sollen die Symptome aufgelöst werden. „Die meisten Wissenschaftler betrachten die traditionellen psychoanalytisch fundierten Methoden heute als wenig hilfreich – sie sind relativ passiv und legen das Schwergewicht weniger auf die Behandlung der Depression als auf das Fördern von Einsichten in >tiefer liegende< Persönlichkeitsprobleme (Hammen, 1999).

**5.2.2 Die Klientenzentrierte Gesprächstherapie nach Carl Rogers** setzt sich die Selbstverwirklichung und das Wachstum der ganzen Person zum Ziel., nicht jedoch die Diagnose und Behandlung spezifischer Störungen.

Sie geht davon aus, daß jeder Mensch mit der Fähigkeit und dem Drang zur Selbstentfaltung geboren wird. „Das Individuum steht im Mittelpunkt der Betrachtung und nicht das Problem. Das Ziel ist nicht, ein bestimmtes Problem zu lösen, sondern dem Individuum zu helfen, sich zu entwickeln, so daß es mit dem

gegenwärtigen Problem und mit späteren Problemen auf besser integrierte Weise fertig wird“(Rogers, 1942/1973). Die klientenzentrierten Grundhaltungen des Therapeuten sind: Echtheit/Kongruenz, Akzeptanz/Wertschätzung und Empathie/ einführendes Verstehen. Rogers hat sie als notwendige und hinreichende Bedingungen für therapeutisches Handeln beschrieben (Rogers, 1957).

### 5.2.3 Kognitive Verhaltenstherapie:

Sie ist eine problemorientierte, strukturierte, konkrete und spezifische Therapie speziell für depressive Störungen. Sie motiviert den Patienten zum aktiven Erproben neuer Verhaltens- bzw. Erlebensweisen und Problemlösestrategien.

**Neben der besonderen Beachtung kognitiver Prozesse gehören verhaltens-therapeutische Elemente wie Aktivitätsaufbau, Verbesserung sozialer Kompetenz, Problemlösetraining und Kommunikationsübungen zum therapeutischen Repertoire.**

Die Rolle des Therapeuten ist wesentlich aktiver und direkter als z.B. in der Gesprächstherapie. Er strukturiert den therapeutischen Rahmen und den Inhalt.

Er lenkt das Gespräch, gibt Rückmeldungen und Hausaufgaben. Bei der Bearbeitung von kognitiven Mustern steht der „sokratische Dialog“ im Vordergrund. Der Patient soll durch das gelenkte Fragen in die Lage versetzt werden, selbst zu entdecken, daß seine gewohnte Art zu denken nur eine mögliche Form ist und daß es für die Erklärung eines bestimmten Ereignisses viele andere Interpretationen gibt, die ebenso berechtigt bzw. sogar realitätsgerechter sind. Ziel der KVT ist es, die „depressive Spirale“ zu stoppen, umzukehren und eine konstruktive Entwicklung einzuleiten.

Der Patient soll in die Lage versetzt werden, auch mit zukünftigen depressiven Beschwerden, Krisen und möglichen Rezidiven selbständig umzugehen.

#### **5.2.4 Interpersonale Therapie:**

Sie ist eine relativ neue Form der Kurzzeittherapie zur Behandlung von depressiven Störungen. Sie basiert auf dem Konzept, daß Symptome von Depression durch gestörte Beziehungen entstehen.

Die Therapie konzentriert sich dabei auf das Hier und Jetzt mit der Annahme, daß sich frühere interpersonelle Erfahrungen in aktuellem sozialem Verhalten niederschlagen. Bearbeitet werden vor allem 4 Problembereiche, die häufig an der Entstehung depressiver Störungen beteiligt sind:

Verluste und Trauer; Rollenkonflikte; Rollenübergänge; interpersonelle Defizite;

„Das Ziel der ITP ist die Linderung der depressiven Symptomatik und die Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen, ohne den Versuch, eine tiefgreifende Veränderung der Persönlichkeitsstruktur zu erreichen“ (Hautzinger, 1998).

## 6 Fallbeschreibung

### Fall 2

Der Klient, Herr G. ist 30 Jahre alt; Studienrat an einem Gymnasium; seit 5 Jahren verheiratet; die Ehe ist bislang kinderlos.

Herr G. wirkt im Erstgespräch sehr unruhig und gleichzeitig distanziert. Er ist um intellektuelle Genauigkeit und Differenziertheit bemüht und zeigt mit Ausnahme einer generellen Ängstlichkeit keine emotional betonten Reaktionen. Er kommt zur Beratung auf Drängen seiner Frau.

Er berichtet, daß er sich seit zwei Jahren Sorgen darüber mache, evtl. für den Lehrerberuf ungeeignet zu sein. Er leide im Umgang mit Schülern während des Unterrichts und in der Auseinandersetzung mit Kollegen zunehmend unter Versagensängsten, die immer dann besonders stark werden, wenn er in Situationen gerät, wo es angebracht wäre, eine eigene Position zu beziehen, sich durchzusetzen oder Kritik an anderen zu üben. Herr G. berichtet, es sei ihm fast unmöglich, jemandem zu widersprechen. Er empfinde seine eigene Ansicht meist als fehlerhaft, minderwertig und unbedeutend.

Weiter erwähnt Herr G. unterschwellige Probleme in seiner Ehe, die er dadurch bedingt sieht, daß er die Erwartungen seiner Frau andauernd enttäusche. Dies gelte sowohl hinsichtlich ihrer Erwartungen an seine berufliche Zukunft, die er als stark gefährdet ansieht, als auch im Hinblick auf ihre sexuellen Erwartungen an ihn. Er empfinde seit ca. 2 Jahren eine anhaltende sexuelle Unlust verbunden mit Erektionsunfähigkeit und diesbezüglichen Minderwertigkeitsgefühlen. Die gespannte Atmosphäre in seiner Ehe schreibt Herr G. ausschließlich sich selbst zu.

In seiner Herkunftsfamilie war Herr G. Einzelkind. Seine Mutter beschreibt er als schwache, zurückhaltende Frau, die musisch interessiert gewesen sein, jedoch den Anforderungen des Lebens gegenüber meist eine kindlich-hilflose Position eingenommen habe. Sein Vater habe, solange er sich zurückerinnern könne, ein emotional distanziertes Verhältnis sowohl zu ihm wie auch zu seiner Mutter gehabt. Das vorrangige Ziel in seinem Leben sei gewesen, die Familie nach außen hin als perfekt, makellos erscheinen zu lassen.

Durch die Heirat mit seiner Frau, die er als aktiv und lebensbejahend beschreibt, habe er dieser Situation zunächst entfliehen können und ein beträchtliches Maß an beruflichem Engagement und Lebensfreude entwickelt. Mit den Jahren habe er jedoch „einsehen müssen“, daß er ein Versager sein, der die beruflichen Anforderungen wie auch die Erwartungen seiner Frau an ihn nicht erfüllen könne.

## 7 Therapieplan – orientiert am 7-Phasen- Modell Fred Kanfers

„Unter Therapie wird danach die Umsetzung eines systematischen Veränderungsprozesses verstanden, der an den Problemen von Klienten ansetzt, deren jeweilige Bedingungen analysiert, auf zunächst noch zu klärende Therapieziele gerichtet ist und sich anhand der jeweils eintretenden Ergebnisse kontinuierlich selbst steuert, bis ein Optimum erreicht ist. Die Therapie ist somit zielgerichtet, problemorientiert, nicht immer kurz, aber doch zeitlich begrenzt.“ (vgl. Kanfer, F. Selbstmanagement-Therapie, Kpt.1)

Das Modell beinhaltet eine Abfolge einzelner Schritte, denen im Verlauf der Interventionen zentrale Bedeutung zukommt. Idealerweise werden die einzelnen Schritte in der beschriebenen Abfolge durchlaufen. Alle Schritte haben jeweils

Bedeutsamkeit „bis auf weiteres“ und sind bei Bedarf revidier- oder modifizierbar.

Bei Nichterreichen bestimmter Phasenziele kann jedoch jederzeit zu Schwerpunkten früherer Phasen zurückgekehrt werden.

In der ersten Phase geht es um die Schaffung einer kooperativen Therapeut-Klient-Beziehung, die als Grundvoraussetzung für den Aufbau von Änderungsmotivation in Phase zwei angesehen wird. In den Phasen drei und vier erfolgt die differenzierte Verhaltensanalyse und darauf basierend das Vereinbaren therapeutischer Ziele. In Phase fünf werden spezielle Interventionen geplant und durchgeführt, die in Phase sechs auf ihre Effektivität überprüft werden. Phase 7 hat schließlich die systematische Stabilisierung zum Ziel, so dass der Klient seinen Alltag wieder ohne Hilfe des Therapeuten bewältigen kann.

### 7.1 Phase 1– Eingangsphase

**Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen, Rollenstrukturierung**  
und Aufbau einer therapeutischen Allianz

**Die erste Phase der Therapie stellt einen sehr entscheidenden Abschnitt des diagnostisch-therapeutischen Prozesses dar. Laut Kanfer & Grimm (1980) ist das Scheitern therapeutischer Bemühungen häufig darauf zurückzuführen, daß der Therapeut es versäumt hat, grundlegende therapeutische Voraussetzungen zu schaffen. So geht es zunächst um die Schaffung einer kooperativen Therapeut-Klient-Beziehung, die sich als Zweck gerichtetes, zeitlich begrenztes Arbeitsbündnis versteht. Dazu müssen bestimmte Rollen für Therapeut und Klient geklärt sein. Der Therapeut versteht sich dabei als professioneller Helfer, der sein Wissen und Können in die Dienste des Klienten stellt. Er löst die Probleme nicht stellvertretend für den Klienten, sondern gibt Hilfe zur Selbsthilfe.**

Vom Klienten wird erwartet, daß er selbst aktiv mitarbeitet, Verantwortung übernimmt und sich an „Spielregeln“ hält, wie z.B. Offenheit, Selbstbeobachtung, Hausaufgaben anfertigen und organisatorische Vereinbarungen.

In Anlehnung an Rogers (1957) gelten folgende drei Therapeutenmerkmale als die Grundlage jeder erfolgreichen therapeutischen Kommunikation und Intervention:

Einführendes Verständnis (Empathie), positive Wertschätzung und Echtheit.

Diese Merkmale sind Grundvoraussetzungen in jeder der sieben Phasen.

In diesem Sinne vermittele ich Herrn G. eine Atmosphäre der Wärme und Geborgenheit, um seine Angst und Anspannung zu vermindern. Er soll sich angenommen und verstanden fühlen. Ich versuche seine Gedanken und Gefühle, also seine „Welt“ zu verstehen. Ich gebe ihm zunächst Raum und Zeit zum Erzählen und vermittele ihm das Gefühl, als Person wertgeschätzt zu werden.

Ich versichere ihm, daß ich ihn bei seinen Änderungsversuchen unterstütze, daß es prinzipiell immer möglich ist, etwas zum Positiven zu verändern, und daß ich ihm solche Veränderungen auch zutraue.

Im Erstkontakt versuche ich bereits eine Klärung folgender drei Hauptfragen:

-Weshalb kommen Sie zum jetzigen Zeitpunkt in Therapie?

-Weshalb kommen Sie zu mir? (von wem empfohlen?)

-Weswegen kommen Sie in Therapie? (was sind die“ Präsentiersymptome“?)

Diese Fragen können im Erstgespräch noch nicht umfassend geklärt werden, auf jeden Fall lassen sich aber erste Hypothesen entwickeln, die später überprüft werden müssen.

Ebenfalls im Erstkontakt sollten rein organisatorische Fragen sowie ev. störende Setting-Faktoren geklärt werden.

### 7.1.1 Anamnese-Exploration

<b>Bekannte Daten: Geschlecht:</b>	<b>männlich</b>
Alter:	30 Jahre
Familienstand:	seit 5 Jahren verheiratet, keine Kinder
Sozialer Kontakt:	privat keine Angaben, im Beruf Probleme
Partnerschaft:	Eheprobleme, Libidoverlust
Herkunftsfamilie:	Mutter schwach, hilflos, Vater emotional distanziert

### 7.1.2 Differentialdiagnostische Überlegungen

Differentialdiagnostisch muß zunächst abgeklärt werden, ob die Beschwerden nicht durch eine organische Erkrankung verursacht wurden. Ich werde Herrn G. nach evtl. vorhandenen Arztberichten oder Untersuchungsergebnissen fragen. Sollte noch keine somatische Abklärung erfolgt sein, verweise ich ihn zunächst an seinen Hausarzt, der weitergehende spezielle Untersuchungen veranlassen kann.

Wenn körperliche Erkrankungen, sowie ein Alkohol-, Medikamenten- oder Suchtmittelmißbrauch ausgeschlossen werden können, kann ich von einer psychischen Störung ausgehen. Vom ersten Eindruck her nehme ich keine psychopathologischen Auffälligkeiten wahr. Herr G. erscheint bewußtseinsklar und orientiert, psychotische oder manische Symptome sind akut nicht feststellbar. Evtl. Episoden in der Vor- und Familien-geschichte würde ich erfragen. Auch wenn in der bisherigen Schilderung von Herrn G. keine Hinweise auf Suizidabsichten erkennbar sind, werde ich diesen Punkt unbedingt ansprechen um ggf. eine sofortige Krisenintervention einleiten zu können (Beck, 1999, S.259ff).

### 7.1.3 Sichtung der Eingangsbeschwerden

Ein weiterer Schwerpunkt in Phase 1 ist die umfassende Sichtung der Eingangsbeschwerden des Klienten. Er wird versucht, eine vorläufige Klärung der im Vordergrund stehenden Beschwerden zu erreichen, eine vertiefende und detaillierte Analyse der Beschwerden als psychische Prozesse ist den weiteren Phasen vorbehalten. Ich lasse Herrn G. Zeit und Raum zum Erzählen, frage nur selten nach und bilde erste Hypothesen und Fragestellungen für eine spätere Phase der Therapie.

Aufgrund der Äußerungen schließe ich bei Hr.G. auf eine hohe Ausprägung der von Beck formulierten Kognitiven Triade der Depression. Es zeigt sich sehr deutlich die negative Sicht der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft, z.B....“habe er einsehen müssen, daß er ein Versager sei“, ...“es sei ihm fast unmöglich, jemandem zu widersprechen“. Er beurteilt sich selbst als fehlerhaft und unzulänglich „ungeeignet für den Lehrerberuf...“, „...daß er die Erwartungen seiner Frau dauernd enttäusche...“. Er hält sich wegen seiner vermeintlichen Mängel für wertlos und nicht begehrenswert „...seit 2 Jahren anhaltende sexuelle Unlust“ und neigt dazu sich deswegen abzuwerten und zu kritisieren „...seine eigene Ansicht meist als fehlerhaft“. Bezogen auf die Umwelt neigt er dazu, seine Erfahrungen ständig negativ zu interpretieren. Er sieht in seinen Interaktionen überall Niederlagen und Enttäuschungen „...die gespannte Atmosphäre in seiner Ehe schreibt Hr.G. ausschließlich sich selbst zu“. Im Hinblick auf die Zukunft nimmt er an, daß seine derzeitigen Schwierigkeiten immer weitergehen werden. Auf den unterschiedlichen Manifestationsebenen lassen sich Herrn G's Beschwerden folgendermaßen zuordnen:

<b>somatische Ebene:</b>	Unruhe, Libidoverlust
<b>Verhalten/Motorik</b>	unruhig u. gleichzeitig distanziert, leidet im Umgang mit anderen unter Versagensängsten, Probleme Kritik zu üben oder jemandem zu widersprechen
<b>emotional:</b>	keine emotional betonten Reaktionen, macht sich Sorgen niedergeschlagen, hoffnungslos
<b>motivational:</b>	Rückzugs- bzw. Vermeidungshaltung, Gefühl des Überfordertseins
<b>kognitiv:</b>	Pessimismus, Selbstkritik, negative Einstellung gegenüber sich selbst als Person und den eigenen Fähigkeiten

#### 7.1.4 Diagnose

Aufgrund der bisher ermittelten Daten sehe ich die Kriterien für folgende vorläufige Diagnose nach ICD-10 erfüllt:

F 34.1. Dysthymia (Kriterien unter 3.2.2.) und aktuell

F 32.1 mittelgradige depressive Episode (3.2.1.)

Man spricht in diesem Fall auch von einer doppelten Depression (double depression).

#### 7.1.5 Therapie

Die kognitive Verhaltenstherapie bietet sich für die Behandlung von Herrn G. besonders an, da sie ein speziell für Depressionen entwickeltes Therapieverfahren ist. Auch für die Therapie von Dysthymien gilt sie zur Zeit als günstigste Therapieform. Sie ist zeitlich begrenzt, ca. 30-40 Sitzungen, anfangs 2x wöchentl., später 1x pro Woche und zum Ende in 14täg. Abständen (Hautzinger, 1997, S.61). Die Prognose erscheint mir positiv, da Herr G. jung, intelligent, verbalisationsfähig und introspektiv ist. Obwohl er auf Drängen seiner Frau kommt, zeigt er sich kooperativ und berichtet bereitwillig über seine Probleme.

#### 7.1.6 Ende des Erstgesprächs und Überlegungen zum weiteren Verlauf

Nach der oben beschriebenen Anamnese und Differentialdiagnose sowie der Sichtung der Eingangsbeschwerden würde ich Herrn G. zunächst dahingehend verstärken, daß ich seine kooperative Haltung bei der detaillierten Schilderung seiner Problematik hervorhebe. Um seine Motivation, die Therapie zu beginnen bzw. fort-zusetzen, zu erhöhen, vermittele ich ihm meine Zuversicht, daß er,

wenn wir gut zusammenarbeiten, während der Therapie bestimmte positive Veränderungen schaffen kann. Ich ermutige ihn, Verantwortung zu übernehmen und aktiv zu werden, wobei ich ihn unterstützen werde. Ich würde seine Eingangs-erwartungen an die Therapie erfragen und mit ihm besprechen, was er von der Therapie tatsächlich erwarten kann, und was ich von ihm erwarte.

Entlastung hinsichtlich der sexuellen Unlust verspreche ich mir durch den Hinweis, daß Depression als die häufigste Ursache sexuellen Lustmangels gilt (Singer Kaplan, 1981). Nach Aufhellung der Depression stellt sich das Verlangen meist spontan wieder ein.

Danach würde ich ihm den Sinn und Nutzen von Hausaufgaben erklären und mit ihm zusammen eine erste Aufgabe formulieren. In diesem Fall würde ich ihn bitten, einen „Wochenplan“ (Hautzinger, 2000, S.113) zu führen. Damit können wir bereits früh in der Therapie herausfinden, welche Situationen seine Depression bessern und welche eher zu einer Verschlimmerung führen.

Ich würde auch mit ihm besprechen, ob seine Frau evtl. bereit wäre, in der nächsten Stunde mitzukommen, und ob er damit einverstanden ist. Von diesem Gespräch verspreche ich mir einige weitergehende Informationen, außerdem könnte es mir Aufschluß darüber geben, ob Partnerschaftsprobleme vielleicht zum Ausbruch oder zum Verlauf der Depression beigetragen haben.

Die erste Phase ist zunächst erfolgreich abgeschlossen, wenn ich erreicht habe, daß Herr G. mir vertraut und die zukünftige Zusammenarbeit mit mir als ein Unternehmen sieht, an dem es sich lohnt, weiter zu arbeiten.

## **7.2 Phase 2 – Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen**

In dieser Phase geht es hauptsächlich um den Aufbau adäquater Änderungsmotivation mit ihren Auswirkungen auf die Auswahl therapeutischer Ansatzpunkte.

Da mit der Entscheidung, eine Therapie zu beginnen, nicht schon die Absicht verbunden ist, etwas am oder im eigenen Leben zu verändern und Herr G. zunächst nur auf Drängen seiner Frau gekommen ist, würde ich versuchen, seine intrinsische Motivation mit folgenden Fragen zu klären:

1. Wie wird mein Leben sein, falls ich mich ändere?
2. Wie werde ich besser dastehen, falls ich mich ändere?
3. Kann ich es schaffen?
4. Was muß ich für eine Änderung investieren? Lohnt es sich?
5. Kann ich auf die Unterstützung des Therapeuten bauen?

In diesem Fall gehe ich davon aus, daß Herr G. die Fragen positiv für sich beantworten kann. Wichtig ist nun, daß die erarbeitete Motivation nicht im verbalen Bereich stehen bleibt. Ich würde ihn nun unterstützen, ganz konkret anhand kleiner Beispiele und erster Schritte neuen Verhaltens zu erleben, wie er selbst zur Veränderung beitragen kann (überschaubare Kurzzeit-Ziele).

Zur Klärung der Motivation gehört es auch festzuhalten, welche Bereiche seines Problems einer Veränderung zugänglich sind, bzw. welche er möglicherweise lernen sollte zu akzeptieren.

Ein weiterer Schritt wäre die Klärung wichtiger Ziele und Werte von Herrn G. in Gang zu setzen, damit er sich allmählich zukünftige positive Lebenssituationen vorstellen kann, und damit er noch mehr für den Änderungsprozess motiviert ist. Außerdem wird seine Aufmerksamkeit dadurch weg von der Problemsituation auf andere positive Zielaspekte gerichtet. In dem er sich auf bewussterer Art mit Problemen und Zielen seines Lebens auseinandersetzt, findet ein Übergang von automatisiertem zu kontrolliertem Denken statt. Um Herrn G. den Zugang zu eigenen Zielen und Bedürfnissen zu erleichtern, würde ich mit ihm z.B. in einer entspannten Situation Imaginationsübungen durchführen, wobei ich mit bewährten Bildern und Metaphern aus der VT arbeite (s. Kanfer, 1986 S. 442 ff).

Da gerade bei depressiven Klienten Ziel- und Wertprobleme einen wesentlichen Kern der Schwierigkeiten ausmachen, kann sich dieser Schritt über einen längeren Zeitraum der Therapie ausdehnen.

Zu Phase 3 kann übergegangen werden, wenn ich gemeinsam mit Herrn G. erarbeitet habe, welche Bereiche konkret für eine Änderung in Frage kommen. Die Zuordnung in z.B. Kernbereiche und Randbereiche erfolgt immer nur bis auf weiteres und kann in späteren Phasen geändert werden.

### **7.3 Phase 3 – Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell**

Unter Berücksichtigung und Aufrechterhaltung der Erhaltungsziele aus Phase 1 und 2 erfolgt hier eine präzise Beschreibung der eingangs geschilderten Beschwerden auf unterschiedlichen Ebenen. Es geht darum, die Änderungsbereiche aus Phase 2 so zu konkretisieren, daß eine funktionale Analyse der Problembedingungen vollzogen und ein hypothetisches Bedingungsmodell formuliert werden kann. Die situative Verhaltensanalyse gibt detaillierte Auskunft über das derzeitig problematische Verhalten in konkreten Situationen, untersucht Verhaltensepisoden auf mehreren Ebenen (subjektiv-kognitive Verhaltensebene, physiolog. Ebene) und forscht nach funktionalen Abhängigkeiten von vorherigen, parallelen oder nachfolgenden Bedingungen. Sie erfolgt üblicherweise auf unterschiedlichen Ebenen, d.h. von einer Mikro- (individuell) bis hin zur Makroebene (Partnerschaft, Familie, soziales Umfeld).

Hypothetisch für Herrn G. könnte ich mir vorstellen, daß er u.a. seine Problematik der Selbstabwertung und Selbstbehauptung bei Kollegen und Schülern als Änderungsbereich gewählt hat. Ich würde mir diese Problemsituation genau schildern lassen und anhand der oben genannten Kriterien auf den verschiedenen Ebenen darstellen.

Des weiteren würde ich die Entwicklung des Problemverhaltens und seinen bisherigen Umgang mit dem Problemverhalten (versuchte, unterlassene, erfolgreiche bzw. mißlungene Lösungsversuche) mit ihm gemeinsam analysieren. Auch würde ich an dieser Stelle ermitteln, welche Ressourcen noch nicht genutzt wurden.

Durch die Analyse des subjektiven Krankheitsmodells (Health-Belief-Model) erfrage ich von ihm, welche Vermutungen er über die Ursachen seiner Probleme hat und welche Schlußfolgerungen er für sich daraus zieht. Da weitere Zusatzinformation zu Herrn G. fehlen, ist eine differenzierte Ausarbeitung hier nicht möglich.

Die kontextuelle Verhaltensanalyse erfaßt zentrale und persönlich bedeutsame Pläne, Ziele und Schemata. Diese sind das Ergebnis der individuellen lebensgeschichtlichen Erfahrungen. Man geht hier davon aus, daß das Verhalten einer Person nie hinreichend von außen erklärbar ist, sondern immer den Rückgriff auf innere Variablen erfordert.

Die Verhaltensanalyse dient in erster Linie dem Zweck, spätere therapeutische Ziele zu planen und umzusetzen. Alle gesammelten Informationen werden zu einem (vorläufigen) funktionalen Bedingungsmodell zusammengefaßt. Diese Bedingungen sind jeweils hypothetisch, weil sie erst zu prüfen sind. Da sich Klienten auf alle Abläufe ihren subjektiven Reim machen, sollte der Therapeut dem Klienten in dieser Phase bei der Erstellung eines nachvollziehbaren „plausiblen Modells“ behilflich sein. Bestimmte therapeutische Interventionen sind für Klienten erst dann logisch und sinnvoll, wenn sie in ein für sie verständliches Verursachungskonzept passen (Kanfer, 1996 S.267).

### **7.4 Phase 4 – Vereinbarung therapeutischer Ziele**

Hier erfolgt zwischen Therapeut und Klient eine gemeinsame Festlegung darüber, welche Therapie-Ziele angestrebt werden sollen.

In Phase 2 habe ich im Zusammenhang mit dem Motivationsaufbau mit Herrn G. bereits versucht, Ziele und Werte zu klären. Diese werden hier wieder aufgegriffen und ergänzt. Es geht jetzt um die Frage, woran, wohin und mit welchem Ziel gearbeitet werden soll. Dabei ist es wichtig, daß die Vorschläge nicht von mir kommen, sondern daß ich Herrn G. unterstütze, eigene Ziele zu finden. Hierfür könnte ich wieder auf die bereits beschriebenen Imaginationsübungen zurückgreifen oder auch Hausaufgaben z.B. in Form von Selbstbeobachtungsbögen (auf sämtlichen Manifestationsebenen) geben. Zunächst noch vage und globale Ziele müssen danach weiter konkretisiert und auf ihre Umsetzbarkeit geprüft werden.

Im letzten Schritt erfolgt dann die gemeinsame Vereinbarung konkreter Therapieziele. Aufgrund der Anamnese gehe ich davon aus, daß für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression von Herrn G. die Modelle der gelernten Hilflosigkeit (Seligman), des Verstärker-Verlusts wegen mangelnder positiv verstärkender Aktivitäten (Lewinsohn) und der dysfunktionalen Kognitionen (Beck) verantwortlich zeigen.

Da ich mit Herrn G. in der Verhaltensanalyse bereits herausgearbeitet habe, daß seine depressive Stimmung in engem Zusammenhang mit seinen selbst abwertenden Gedanken und depressionsfördernden Grundannahmen steht, stellen wir die Veränderung von Kognitionen an den Anfang des therapeutischen Vorgehens.

Erst wenn dieses Ziel erreicht ist, wird Herr G. die positiven Konsequenzen von Aktivitäten und sozialen Interaktionen wahrnehmen können, die wir als weitere Ziele definieren.

### **Therapieziele:**

- Veränderung von Kognitionen
- Aufbau positiver Aktivitäten
- Verbesserung sozialer Fertigkeiten (inkl. Interaktion mit seiner Ehefrau, mit wichtigen Sozialpartnern).

## **7.5 Phase 5 – Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden**

In dieser Phase geht es nun um die Planung und den Einsatz von konkreten therapeutischen Verfahren, um eine „maßgeschneiderte Therapie“ zu ermöglichen. Bei der Auswahl der Interventionen achte ich darauf, daß Herr G. über das nötige Wissen/Können sowie die nötige Motivation zur Durchführung verfügt (Fliegel, 1998, Verhaltenstherapeut. Standardmethoden). Ich bereite ihn darauf vor, kurzfristig aversive Behandlungsphasen durchzuhalten, um langfristige Verbesserungen erzielen zu können. Danach beginnen wir mit der praktischen Umsetzung der therapeutischen Schritte.

### **7.5.1 Veränderung von Kognitionen**

**Ich beginne damit, Herrn G. zunächst noch einmal die Grundgedanken der Kognitiven Therapie zu erläutern. Danach werden Gefühle und Verhalten eines Menschen weitgehend von der Art bestimmt, in der er die Welt strukturiert (Beck 1967; 1976/79). Seine Kognitionen gehen auf Einstellungen oder Annahmen (Schemata) zurück, die aus vergangenen Erfahrungen entstanden sind.**

**Anhand des kognitiven Modells der Depression von Beck (s. theoretischer Teil 4.6) erkläre ich Herrn G. den Zusammenhang von dysfunktionalen Gedanken und Depression.**

Danach würde ich mit ihm, ausgehend von den bereits seit Phase zwei geführten Wochenplänen, in denen konkrete, alltägliche Erfahrungen und Stimmungen festgehalten wurden, die automatischen, negativen Gedanken heraus arbeiten. Mögliche Fragen: Was haben sie zu sich selber gesagt, als ..., Was heißt das für Sie?

Eine weitere Möglichkeit wäre, mir von ihm ein kurz zurückliegendes, belastendes Ereignis genau schildern zu lassen und ihn zu bitten, sich möglichst intensiv hinein zu versetzen. Ich erfrage die dabei aufkommenden Gefühle, und welche Gedanken im Moment vorherrschen. Ich könnte mir vorstellen, daß Herr G. evtl. eine Konfliktsituation aus der Schule wählen würde, die wir dann gemeinsam besprechen.

Wenn Herr G. mit diesem Vorgehen vertraut ist, sollte er als Hausaufgabe Tagesprotokolle negativer Gedanken (Hautzinger, 2000, S. 146f) führen, um eigenständig automatische Gedanken zu erkennen. Dabei werden Ereignisse und die sie begleitenden unangenehmen Emotionen in parallele Spalten einer Tabelle eingetragen.

Das Aufschreiben hilft ihm, die Einseitigkeit der Gedanken oder sonstige Verzerrungen zu erfassen, und die automatischen Gedanken emotional distanzierter zu betrachten. Diese Aufzeichnungen werden dann in den folgenden Therapiestunden gemeinsam durchgearbeitet.

Nach Identifizierung der automatischen Gedanken können durch die Technik des kognitiven Neubenennens die mit den negativen Gedanken verbundenen Gefühle und somit die Verhaltensweisen verändert werden.

Folgende Verfahren können zur Veränderung negativer Kognitionen eingesetzt werden:

1. Prüfung des Realitätsgehalts von Kognitionen
2. Reattribuieren
3. Verantwortung reduzieren, alternative Erklärungen suchen.

Grundlage dieser Interventionen ist das gelenkte Fragen des sokratischen Dialogs (s.Theoret. Tl. 5.2.3).

Fragen zur Aussage von Herrn G., daß er ein Versager sei, könnten z.B. sein:

- Wie definieren Sie Versagen?
- Hat es in Ihrem Leben Bereiche gegeben, in denen sie nicht versagt haben?
- Sollten Menschen, die versagt haben, von anderen Menschen abgelehnt werden?

Für jedes der Interventionsverfahren zur kognitiven Umbenennung gilt, daß weitere Informationen über eine bestimmte Situation vom Klienten gesammelt werden. Das kann z.B. in Form von Rollenspielen oder Rollentausch geschehen. Diese können nun an der Realität getestet oder rationalere Sichtweisen gefunden werden. Da Herr G. sich vor allem selbst für Fehler, Mißerfolge und negative Ereignisse verantwortlich macht und sich stark abwertet, helfe ich ihm mit der Reattribuierungstechnik, Ereignissen mit mehr Objektivität zu begegnen.

In einem Rollenspiel wird für ihn deutlich, daß er unterschiedliche Kriterien zur Beurteilung von sich und anderen Personen, bei gleichem Verhalten, benutzt (nachsichtig bei anderen, streng und absolut bei sich selbst). „Der Prozeß der Änderung kognitiver Muster ist meist ein langsamer, mit vielen Rückschlägen, da die alten, gewohnten Denkmuster vor allem in belastenden, kritischen Situationen rascher greifen und das emotionale Erleben determinieren. Die neuen Einstellungen und Denkweisen müssen geübt und wiederholt angewendet werden, bevor daraus neue automatische Gedanken bzw. Grundüberzeugungen werden.“ (Margraf, 2000, Bd. 2, S. 130).

### **7.5.2 Aufbau positiver Aktivitäten**

Beim Aktivitätsaufbau geht es einerseits um die Steigerung bzw. den Wiederaufbau positiver Erfahrungen und Aktivitäten und andererseits um die Reduzierung depressionsfördernder Aktivitäten.

Ich erkläre Herrn G. zunächst, wie sich das Erleben oder Durchführen angenehmer Aktivitäten positiv auf unsere Stimmung auswirkt. Gibt es für eine Person nur wenige angenehme Tätigkeiten oder Ereignisse, fühlt sie sich depressiv und niedergeschlagen und ist damit nicht in der Lage, angenehme Aktivitäten zu erleben und dadurch Verstärkung zu erhalten. Hier entsteht schnell ein Teufelskreis, den man durch den systematischen und allmählichen Aufbau positiver Aktivitäten durchbrechen kann.

Der erste Schritt dazu ist die Selbstbeobachtung der alltäglichen Aktivitäten und der damit verbundenen Stimmungen. Ich bitte Herrn G. einen Wochenplan zu führen und hauptsächlich auf positive Aktivitäten zu achten, um seine auf negative Ereignisse ausgerichtete Wahrnehmung umzustrukturieren.

Anhand des Wochenplans ergeben sich Ausgangsdaten für das weitere Vorgehen sowie Kontrollmöglichkeiten von Veränderungen.

In der „Liste angenehmer Aktivitäten“ kann Herr G. die Häufigkeit und Annehmlichkeit jeder Aktivität beurteilen. Diese werten wir gemeinsam aus und erstellen einen „individuellen Katalog angenehmer Aktivitäten“, der nun die Grundlage für den gestuften Aufbau von Aktivitäten liefert.

Ergänzend würde ich ihn fragen, was er in der Zeit getan hat, als er „Lebensfreude und berufliches Engagement“ entwickelt hat.

In einem weiteren Schritt erkläre ich Herrn G. die Rolle von Verstärkern und erarbeite mit ihm einen Katalog seiner persönlichen Belohnungen. Nun erstelle ich mit ihm einen Wochenplan, was er in den nächsten sieben Tagen tun möchte. Er lernt dadurch, Entscheidungen zu fällen und Prioritäten zu setzen.

Wichtig ist dabei das Gefühl der Kontrolle, das Herr G. bei der erfolgreichen Durchführung erhält. Er lernt, daß er sein Leben aktiv steuern kann und weniger äußeren Zwängen unterliegen muß. Außerdem erlaubt eine aktive Planung, das Verhältnis zwischen unangenehmen Pflichten (die getan werden müssen) und Tätigkeiten, die er gerne tut, zu überprüfen und ggf. zu korrigieren.

Als Hausaufgabe empfehle ich ihm nun, die ersten in der Therapiesitzung geplanten Aktivitäten durchzuführen und dabei die Selbstbeobachtungsbögen weiter auszufüllen. Diese werden dann in den folgenden Sitzungen analysiert und weiter ausgebaut.

Das allgemeine Ziel für Herrn G. sehe ich darin, daß er ein angemessenes Aktivitätsniveau mit einer ausgewogenen Verteilung von angenehmen und neutral/unangenehmen Tätigkeiten erreicht, sowie depressionsfördernde Aktivitäten (wie z.B. grübeln, sich zurückziehen) reduzieren und selbständig durch angenehme Aktivitäten ersetzen kann.

### **7.5.3 Training sozialer Kompetenz**

Menschen mit depressiven Störungen haben häufig Probleme in sozialen Beziehungen. Ihre sozialen Kontakte sind verkümmert, das soziale Verhalten ist gehemmt und reduziert. Diese Schwierigkeiten führen dazu, daß kaum positive Erfahrungen im Kontakt mit anderen Menschen gemacht werden können und so ein Verlust von sozialen Verstärkern entsteht.

„Mit sozialer Kompetenz läßt sich die Fähigkeit einer Person bezeichnen, ihre alltäglichen Beziehungen zu anderen Personen (Freunden, Partner, Bekannte, Arbeitskollegen, Fremden) so zu gestalten, daß sie ein hohes Maß an positiven und angenehmen Konsequenzen erfahren kann. Dazu gehört sowohl die Wahrnehmung und Verwirklichung eigener Ansprüche und Wünsche, als auch die Berücksichtigung von Wünschen und Ansprüchen von Sozialpartnern, gesellschaftlichen Normen u.ä. Damit definiert „soziale Kompetenz“ die Fähigkeit, jeweils in angemessener Weise einen Kompromiß zwischen Selbstverwirklichung und Anpassung zu finden.“ (Hautzinger, 2000, S. 179)

Aus der Fallschilderung von Herrn G. geht hervor, daß er Probleme hat, sich durchzusetzen, Kritik zu üben oder jemandem zu widersprechen. Deshalb würde ich in Übereinstimmung mit ihm, an diesem Punkt arbeiten wollen. Mein Verhalten während des ganzen Vorgehens ist ermutigend und soll ihm als positiver Verstärker dienen. Zunächst erkläre ich ihm die Bedeutung der Äußerung von Gefühlen für die soziale Interaktion. Er soll lernen, positiv auf Sozialpartner zu reagieren und positive Gefühlserregungen auszudrücken, aber auch konstruktiv negative Gefühle zu äußern, Nein-Sagen und Kritik üben zu können.

Er soll die Erfahrung machen, daß ebenso wie das Äußern positiver Gefühle auch die offene Äußerung negativer Gefühle dazu beiträgt, Situationen zu klären. Ich lasse mir von Herrn G. nun eine konkrete Situation aus seinem Berufsalltag schildern, die nach Möglichkeit drei Kriterien erfüllen sollte: sie soll seine zentralen Schwierigkeiten berühren, sie soll im Rollenspiel gut zu simulieren sein und er soll sie in der Realität aufsuchen oder herstellen können.

Das Rollenspiel ist eine zentrale Methode zur Verbesserung sozialer Fähigkeit bei depressiven Störungen. Es ermöglicht die diagnostische Einschätzung wie auch die gezielte, systematische Übung bestimmter Aspekte sozialen Verhaltens. Angestaushende Situationen können in einer geschützten Atmosphäre erprobt werden.

Im Rollenspiel könnte ich nun mit ihm das Äußern und Annehmen von konstruktiver Kritik üben. Im Rahmen eines Modell-Lernens gebe ich ihm Hinweise zum Erlernen dieser Fähigkeiten, wie z.B. die Kritik mit eigenen Gefühlen und Gedanken zu formulieren und nicht mit absoluten Aussagen, oder bei einer Person nur das konkrete Verhalten zu kritisieren und nicht die Person selbst usw.

Das Rollenspiel ist zunächst sehr kurz, gefolgt von konstruktiven Rückmeldungen. Es kann mehrfach wiederholt werden, bis Herr G. neue kompetentere Verhaltensweisen übernehmen kann. Ich möchte noch betonen, wie wichtig es ist, das Augenmerk nicht nur auf Defizite in der sozialen Kompetenz zu richten, sondern auch die Stärken und schon vorhandenen Fähigkeiten zu beachten und mit einzubeziehen.

Da Herr G. „unterschwellige Probleme in seiner Ehe“ angibt, könnte ein Kommunikationstraining unter Einbeziehung von Frau G. für einige Stunden das partnerschaftliche Gespräch verbessern. Eine gute Übung dafür ist ein Rollenwechsel. Jeder der beiden Partner schlüpft in die Rolle des anderen und argumentiert in der „Ich-Form“ für dessen Interessen.

Aus den Kompetenz- und Kommunikationsübungen ergeben sich zahlreiche, konkrete Gelegenheiten um über Befürchtungen, Einstellungen und Attributionen zu sprechen, sie zu erkennen und mittels kognitiver Methoden zu bearbeiten.

## **7.6 Phase 6 – Evaluation therapeutischer Fortschritte**

Mittels Evaluation und Erfolgskontrolle wird überprüft, ob bzw. in wie weit die durchgeführten Interventionen auch tatsächlich zu den erwünschten Effekten geführt haben. Falls Hindernisse auftreten, müssen Entscheidungen früherer Phasen sowie daraus resultierende Maßnahmen revidiert bzw. korrigiert werden (Störfall-Analyse). Deshalb sollten Hypothesen ständig überprüft werden, um etwaige Fehlerquellen frühzeitig zu erkennen. Für Therapeut wie Klient ist es gleichermaßen wichtig zu wissen, ob man sich während der Therapie (noch) auf dem richtigen Weg befindet und sich den angestrebten Zielen nähert. Die Frage ist: Sind die Schritte zielführend, führen sie zu einer Verbesserung der Ausgangsproblematik? Zu diesen und den nachfolgenden Fragen würde ich Herrn G. um Rückmeldung bitten. Was hat sich verändert? Wo gibt es noch Schwierigkeiten? Sind Langzeitziele erreicht?

Im positiven Fall kommt es zum Übergang in Phase 7, der Endphase der Therapie.

## **7.7. Phase 7 - Endphase, Erfolgsoptimierung und Abschluß der Therapie**

**In dieser abschließenden Phase richtet sich die Aufmerksamkeit auf solche Schritte, die den Klienten wieder auf ein Leben ohne therapeutische Hilfe vorbereiten.**

**Es kommt nun darauf an, die erreichten Veränderungen gezielt zu festigen und den Klienten zu flexiblen Einsatzmöglichkeiten im Alltag zu ermutigen (Transfer).**

Nach dem Muster des „entdeckenden Lernens“ spreche ich mit Herrn G. seine bisherigen Erfahrungen und Erfolge durch. Meine gezielten Fragen ermöglichen es ihm, zu eigenen Schlußfolgerungen zu kommen und relevante Prinzipien selbst zu erkennen.

Um ihn auf künftige Problemsituationen oder Rückfälle vorzubereiten, führe ich mit ihm Rollenspiele mit gezieltem „Voraus-üben“ der Bewältigung kritischer zukünftiger Situationen durch. Ich weise ihn darauf hin, daß Selbst-beobachtung, Aufmerksamkeit für Warnsignale von

Risikofaktoren und der eigenständige Einsatz von Bewältigungsstrategien nach Therapieschluß notwendig und sinnvoll sind.

Um die Therapie zu beenden, blende ich die Kontakte behutsam und schrittweise aus (14tägig, einmal pro Monat...).

In einem Abschlußgespräch ziehe ich mit Herrn G. Bilanz über unsere gemeinsame Arbeit und vereinbare mit ihm ein Katamnese-Treffen, z.B. in 6 Monaten oder einem Jahr.

## 15 8 Literaturliste

**Asanger, R., Wenninger, G., 1999, Handwörterbuch Psychologie**  
Weinheim: Psychologie Verlags Union

Beck, A.T. et.al., 1999, Kognitive Therapie der Depression  
Weinheim: Beltz

Berger, M., 1999, Psychiatrie und Psychotherapie  
München: Urban und Schwarzenberg

Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV,

2.A.1998, Göttingen: Hogrefe

Dilling, H. u. Freyberger, H. J., 1999, ICD-10  
Bern: Huber

Dilling, H. u. Reimer, C., 1997, Psychiatrie und Psychotherapie  
Berlin/Heidelberg: Springer

Dörner, K. u. Plog, U., 1996, Irren ist menschlich  
Kempten: Psychiatrie-Verlag

Faust, V., 1999, Seelische Störungen heute  
München: Beck

Flach, F.F., 2000, Depression als Lebenschance  
Reinbek: Rowohlt

Fliegel, S. et.al., 4.A.1998, Verhaltenstherapeutische Standardmethoden.Übungsbuch  
Weinheim: Beltz

Hammen, C., 1999, Depression  
Bern: Huber

Haring, C., 2.A. 1995, Psychiatrie  
Stuttgart: Enke

Hautzinger, M., 1998, Depression, Fortschritte d. Psychotherapie, Bd.4  
Göttingen: Hogrefe

Hautzinger, M., 5.A. 2000, Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen  
Weinheim: Beltz

Josuran, R., 2.A. 2002, Mittendrin und nicht dabei  
München: Econ

Kanfer, F. H. et.al., 2.A.1996, Selbstmanagement-Therapie  
Berlin/Heidelberg: Springer

Lazarus, A.A., 2. A. 1993, Innenbilder, Imagination in der Therapie  
München: Pfeiffer

Margraf, J. (Hrsg.), 2.A. 2000, Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1 u.2  
Berlin/Heidelberg: Springer

Peseschkian, N., 4.A. 2001, Angst und Depression im Alltag  
Frankfurt: Fischer

Petzold, H. (Hrsg.), Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische  
Beziehung Paderborn: Junfermann

Reinecker, H. (Hrsg.), 1995, Fallbuch der Klinischen Psychologie

Göttingen: Hogrefe

Reinecker, H., 3.A.1998, Lehrbuch der Klinischen Psychologie  
Göttingen: Hogrefe

Rogers, C.R., 13. A. 1999, Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie  
Frankfurt: Fischer

Rogers, C.R., 14. A. 1999, Therapeut und Klient  
Frankfurt: Fischer

Schwartz, D., 2.A. 2001, Vernunft und Emotion  
Dortmund: Borgmann

Seligman, M., 1999, Erlernte Hilflosigkeit  
Weinheim: Beltz

Senf, W. u. Broda, M., 2.A. 2000, Praxis der Psychotherapie  
Stuttgart: Thieme

Tölle, R., 11. A. 1996, Psychiatrie  
Berlin/Heidelberg: Springer

Wittchen, H.U. et.al., 1995, Depression – Wege aus der Krankheit  
Basel: Karger

Wittchen, H.U. (Hrsg.), 1998, Handbuch Psychische Störungen  
Weinheim: Psychologie Vlg. Union

Yalom, J. D., 2.A. 2001, Jeden Tag ein bißchen näher  
München: Goldmann

Zimmer, D., 1983, Die therapeutische Beziehung  
Weinheim: Edition Psychologie