



Hautzinger

2. Auflage

Depression im Alter

Psychotherapeutische Behandlung
für das Einzel- und Gruppensetting



BELTZ

Leseprobe aus: Hautzinger, Depression im Alter!, ISBN 978-3-621-28299-4
© 2016 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28299-4>

6 Modul 1: Einführung, Problemanalyse, Therapierational

Das Kennenlernen und das Miteinander-vertraut-Werden stehen am Anfang jeder Psychotherapie. Dazu ist angemessenes Therapeutenverhalten erforderlich. Zur Anfangsphase gehören jedoch auch

- ▶ die Problemeingrenzung,
- ▶ die Problemanalyse,
- ▶ die Formulierung von Zielen und Erfolgskriterien,
- ▶ die Therapieplanung sowie
- ▶ die Information über die zu erwartende Einzel- bzw. Gruppentherapie.

6.1 Grundlegendes Therapeutenverhalten

Das psychotherapeutische Vorgehen bei Depressionen (auf jeder Altersstufe) stellt eine Reihe von Anforderungen an die Therapeuten, die sowohl die Beherrschung verschiedener Behandlungstechniken einschließen als auch zwischenmenschliche Qualitäten sowie besondere Verhaltensweisen und Einstellungen verlangen.

Psychotherapeutenmerkmale

- (1) geduldig, Zeit lassend
- (2) optimistisch, positiv
- (3) problemorientiert
- (4) strukturiert
- (5) zielorientiert
- (6) aktiv und direktiv
- (7) interessiert und neugierig
- (8) sokratisch fragend
- (9) erklärend, informierend (Psychoedukation zur Ätiologie, Verlauf, Prognose)
- (10) (therapiebezogenes) Modell der Depression aus Biografie ableitend
- (11) beziehungsfokussiert, selbsteinbringend
- (12) gegenwarts- und alltagsnah
- (13) konkret
- (14) auf gute Zusammenarbeit und kooperierendes Arbeitsbündnis achtend
- (15) professionell, interaktionell sicher
- (16) zusammenfassend
- (17) stärken-, verhaltens- und ressourcenorientiert
- (18) Unterstützend beim Neulernen und Kompetenzen erweitern

(19) übend und Verhalten verändernd

(20) Aufgaben zwischen den Sitzungen absprechend und abmachend

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

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

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

Interesse, Wärme, Direktivität. Geschickte Verhaltenstherapeuten zeigen ein Gleichgewicht zwischen Interesse, emotionaler Wärme und Direktivität. Kühles, distanziertes Verhalten erschwert die Entwicklung einer kooperativen, entspannten Beziehung, die eine Grundvoraussetzung für den Therapieprozess darstellt. Inkompetente Therapeuten behandeln Patienten auf distanzierte, uninteressierte Art und Weise. Spulen ihr Programm ab, sind alleine bemüht, die Tagesordnung oder sonstige organisatorische Abläufe einzuhalten. Kompetente Therapeuten ermöglichen Patienten, ihre Anliegen

vorzubringen und darauf vom Therapeuten Antwort und Rückmeldung zu erhalten. Trotz eines interessierten Eingehens auf Patienten verliert ein Therapeut die Struktur der Therapiestunde dennoch nicht aus dem Auge. Es herrscht ein adäquates Verhältnis von Interesse und Aufgabenorientierung.

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

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

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

Beruhigende Versicherungen (thematisch, nicht wörtlich zu verstehen)

- ▶ Patient ist kein Einzelfall
- ▶ Depressionen sind gut behandelbar
- ▶ Depressionen lassen sich gut verstehen und erklären
- ▶ Depressionen sind eine ernsthafte, doch keine gefährliche Krankheit
- ▶ Verschlechterungen sind üblich
- ▶ Verschlechterungen und Krisen werden durch Behandlung aufgefangen
- ▶ Weg aus der Depression wird schrittweise erreicht
- ▶ Patienten erfahren un konditionale Verstärkung und Unterstützung
- ▶ Patienten sollen Erfolge (Positives) erleben
- ▶ An Erfahrungen der Patienten anknüpfen
- ▶ Perspektiven (neue) vermitteln

Transparenz. Transparenz ist ein zentrales Merkmal erfolgreicher Psychotherapie. Unter Transparenz wird verstanden:

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

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

Strukturiertheit. Strukturiertheit beinhaltet neben dem zeitlichen Aspekt auch den Versuch, therapeutische Themen nach Problembereichen zu organisieren, konkrete Ziele für die Sitzung und die gesamte Behandlung zu formulieren und damit einer Bearbeitung und Lösung zugänglich zu machen. Dahinter verbirgt sich neben der Hilfe im therapeutischen Problemlöseprozess das Ziel, depressiven Patienten »Strukturierung« als wichtige Bewältigungsstrategie zu vermitteln. Ein weiterer Aspekt von Strukturiertheit stellt die therapeutische Fertigkeit dar, eine Therapiesitzung als Gesamtheit im Blick zu behalten. Es ist ausgesprochen ungeschickt, sich allein von den Befindlichkeiten, Einfällen und Themenangeboten eines Patienten leiten zu lassen. Unstrukturierte Therapiesitzungen führen meist dazu, dass es Patienten danach kaum besser geht und oft Therapeuten von den dysphorischen Befindlichkeiten der Patienten angesteckt werden. Ferner sind gut strukturierte Psychotherapeuten solche, die immer wieder durch (geschickte, knappe) Zusammenfassungen (s. u.), die Sitzungsstruktur und Problembearbeitung auf »Linie« halten bzw. voranbringen.

Zusammenfassungen. Depressive (ältere) Patienten bekommen oft nicht mit, was um sie herum geschieht, was gefragt bzw. gesagt wurde, was sich ereignet hat, welche Zusammenhänge erkennbar werden und welche Schlussfolgerungen zu ziehen sind. Ferner besteht bei depressiven Patienten immer die Tendenz abzuschweifen, zu klagen, wie schwer alles fällt und über die Lust- bzw. Antriebslosigkeit zu berichten. Wiederholte Zusammenfassungen helfen Therapeut und Patient, in der Analyse- und Problemlösespur zu bleiben. Sie verdichten das Gesagte und Erlebte. Angemessene Schlussfolgerungen werden möglich bzw. nochmals auf den Punkt gebracht.

Zusammenfassungen sollten flexibel, wiederholt und mehrfach eingesetzt werden. Selbst alle paar Minuten können knappe, oft nur aus ein bis zwei Sätzen bestehende Zusammenfassungen helfen und eine Problemanalyse bzw. die Bearbeitung von Übungen, die kognitive Umstrukturierung voran zu bringen. Dabei kann ruhig formuliert werden: »Lassen Sie mich nochmals zusammenfassen ...« oder »Fassen

Sie doch noch mal kurz zusammen ...«. Diese Einleitung kann jedoch auch entfallen, indem z. B. gefragt wird: »Was wird daran deutlich ...?« oder »Habe ich richtig verstanden, dass ...«.

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

Problemorientierung. Aus vagen Berichten über Befinden, Belastungen, Beschwerden, Ereignisse usw. können konkret benennbare und abgrenzbare Probleme herausgearbeitet werden, wenn eine Problemorientierung besteht. Diese Problemorientierung ermöglicht einerseits die Lage von Patienten, die als überwältigend erlebt werden, in bestimmte problematische (bzw. als problematisch erlebte) Bereiche zu unterteilen, andererseits die Voraussetzung für Lösungen zu schaffen. Ein zweiter Aspekt der Problemorientierung stellt die Herausarbeitung bzw. das Erkennen von zentralen, sich wiederholenden Problemen, also von »Schlüsselproblemen«, dar.

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

Wichtig dabei ist das Formulieren konkreter Hypothesen über spezielle Verarbeitungsmuster, Denkgewohnheiten, Verhaltensweisen und Wahrnehmungsstrategien und deren Verbindung zu Beschwerden und Befinden. Anhand der Berichte der Patienten über Befinden, Verhalten und Denken können Vorstellungen über den Zusammenhang zwischen Aktivitäten, Verhalten, Interpretationen, Grundannahmen und Gefühlen entwickelt werden.

Mögliche Schlüsselprobleme (bzw. Schemata) sind Verlassenheit, Unsicherheit, Misstrauen, Misshandlung, emotionale Entbehrung, Unzulänglichkeit, Scham, soziale Isolierung, Entfremdung, Abhängigkeit, Inkompetenz, Verstrickung, Versagen, Anspruchshaltung, unzureichende Selbstkontrolle, Selbstaufopferung, Streben nach Anerkennung, Negativität und Pessimismus, überhöhte Standards, übertrieben kritische Haltung, Strafneigung.

Zur Problem- und Fallkonzeption, welche durch das Vorhandensein mehrerer Schlüsselprobleme (bzw. Schemata) sehr komplex werden kann, bietet es sich an, diese Schlüsselprobleme aufzuschreiben und zusammenzufassen (s. AB 6.1). Aus der Liste konkreter Probleme ergibt sich fast zwangsläufig die Frage nach Zielen. Die Ziele sollten konkret und mit Bezug zu den zu bearbeitenden Problemen formuliert werden.

Sokratische Gesprächsführung. Sokratisches Gesprächsverhalten ist neugierig, interessiert, zielgerichtet, hypothesengeleitet und verwendet didaktisch geschickt Fragen. Damit wird ein Patient aktiviert, konkretisiert, strukturiert und es tun sich für Schwierigkeiten oft Problemlösungen auf. Sokratisches Gesprächsverhalten erfordert immer einen aktiven, interessiert zugewandten, freundlichen, doch strukturierten, damit auch direktiven Psychotherapeuten. Es geht nicht nur darum, »Fragen zu stellen«, sondern mit den Fragen ein bestimmtes Ziel zu verfolgen bzw. zu erreichen. Diese Ziele hängen von der Phase einer Psychotherapie ab. In der Diagnostikphase geht es um das Erkennen zentraler Problembereiche und von Schlüsselproblemen, in der anfänglichen Therapiephase geht es um Information, Erklärung und Zusammenhänge entsprechend dem Therapierational, später geht es um die Rolle von positiven Tätigkeiten, alternativen automatischen Gedanken, grundlegenden Einstellungen, neuen Kompetenzen usw. Durch geschicktes Fragen sollen Patienten selbst erkennen, wie die Zusammenhänge sind, ob das bisherige Verhalten hilfreich war, welche Alternativen es gibt usw. Die bereits erwähnten Zusammenfassungen (s. o.) helfen dabei besonders.

Rückmeldungen. Ein sehr wichtiges Element des therapeutischen Gesprächsverhaltens, das in jeder Therapiestunde berücksichtigt werden muss, ist es, Rückmeldungen zu geben und anzuregen. Nur durch häufige Rückmeldung ist es insbesondere für ältere Patienten und für Therapeuten möglich zu entscheiden, ob sie gemeinsam an der Erreichung eines Ziels arbeiten, also eine gemeinsame Sprache sprechen, oder mehr oder weniger aneinander vorbeireden. Rückmeldungen dienen der Verbesserung bzw. Aufrechterhaltung einer positiven Beziehung und der Vermeidung von Missverständnissen. Durch Rückmeldungen werden zu bearbeitende Probleme klarer, der Bezug zum Therapieangebot besser herstellbar und Therapieziele konkreter.

6.2 Planung der Therapiestunde

Zu Beginn einer Therapiestunde erstellt ein Therapeut idealerweise gemeinsam mit den Patienten eine Tagesordnung (Agenda). Diese Tagesordnung hat den Zweck, die vorhandene Therapiezeit von ca. 50 Minuten (bei Gruppen sind es meist 100 Minuten) pro Sitzung sinnvoll zu strukturieren. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die wesentlichen, auch aktuellen Probleme eines Patienten behandelt werden. Ferner, dass Problembereiche angegangen werden, die relevant, nachvollziehbar und für Patienten durchschaubar sind, was die Kooperationsbereitschaft erhöht (Motivationseffekt). Durch so eine Sitzungsstrukturierung wird das therapeutische Vorgehen in das kognitiv-verhaltenstheoretische Rational eingebunden, der Bezug zu den Therapiezielen wird deutlich und das therapeutische Handeln vorstrukturiert und damit letztlich auch evaluierbar.

Die Grobstruktur einer Sitzung besteht aus zwei retrospektiven und einem prospektiven Element:

- ▶ Zusammenfassung der Erfahrungen der Patienten seit der letzten Therapiesitzung, verbunden mit der Besprechung und Rückmeldung zu den Aufgaben und Übungen

- ▶ Wiederholung von Inhalten und Elementen der vorausgehenden Sitzung
- ▶ Formulierung spezieller Anliegen, Therapieschritte und Ziele für die kommende Sitzung, oft vorgegeben durch die Programmstruktur

Der gesamte strukturelle Aufbau einer Therapiesitzung wird durch mehrere Faktoren beeinflusst, die zu bedenken sind. Diese werden im Folgenden aufgeführt.

Stadium der Therapie. Das Stadium der Therapie bzw. die Therapiefortschritte eines Patienten bestimmen vor dem theoretischen Hintergrund ganz wesentlich den Inhalt einzelner Elemente einer Tagesordnung. Bestimmte therapeutische Elemente können erst dann vermittelt oder bestimmte Therapieziele anvisiert werden, wenn bei einem Patienten die jeweiligen Grundlagen vorhanden sind.

Aktuelle Probleme. Aktuelle Probleme eines depressiven Patienten beeinflussen z. T. sehr stark den Inhalt einer Tagesordnung. Gerade zu Beginn einer Therapie werden häufig bedeutsame Ereignisse und Erlebnisse vorgebracht. Hier ist es sehr wichtig, aber mitunter auch sehr schwierig, herauszufinden, welches dieser Ereignisse und Erlebnisse für einen Patienten und für den Fortschritt der Therapie am bedeutungsvollsten ist und im Rahmen der aktuellen Sitzung auch behandelt werden kann bzw. muss.

Suizidale Krisen. Rückschläge, erneute depressive Einbrüche, plötzliche Hoffnungslosigkeit und Suizidalität sind aktuelle Krisen, welche vorrangig bearbeitet bzw. thematisiert werden müssen. Derartige selbstzerstörerische Gedanken oder gar Handlungsplanungen dürfen nicht ignoriert oder auf eine spätere Sitzung verschoben werden.

Intensität der Depression. Bei schwerer depressiver Symptomatik sollten vorrangig strukturierende, verhaltensaufbauende, stabilisierende und stützende Techniken angewendet werden. Kognitive und übende Interventionen verlangen eine stärkere Beteiligung der Patienten, weshalb sie bei schwer depressiven Zuständen überfordernd sind.

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

Die effektive Verwendung der Therapiezeit ist wichtig. Ein Therapeut lenkt das Gespräch auf die therapeutisch wesentlichen Aspekte und Problembereiche und versucht, Patienten zu neuen Einsichten und Erkenntnissen, neuen Fertigkeiten und Handlungsmustern, verbesserter Tagesstruktur und Life Balance zu verhelfen, ohne jedoch zu überfordern. Ein Themenbereich wird möglichst zu der vorgesehenen Zeit beendet. Nach einer kurzen Zusammenfassung folgt der Übergang zum nächsten

Tagesordnungspunkt. Therapeuten sind aktiv, direktiv, sokratisch und führen immer wieder auf das aktuelle Kernthema zurück (strukturiert, zusammenfassend). Abschweifungen durch Patienten werden zunächst geduldet, doch dann beendet, etwa mit einer Äußerung wie: »Lassen Sie uns doch noch einmal zum Ausgangspunkt zurückkommen. Sie haben eben gesagt, ...«. Zu einem optimalen Therapeutenverhalten gehört hier auch die Flexibilität, eine ursprüngliche Strukturierung zugunsten eines neuen wichtigen Themas zu verändern. Diese Änderung muss jedoch so erfolgen, dass noch genügend Zeit verbleibt, um an dem neuen Thema bzw. Problem zu arbeiten.

6.3 Aufgaben und Übungen zwischen den Sitzungen

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

Patienten werden angehalten, die Aufgaben als einen wesentlichen Bestandteil der Behandlung zu betrachten. Therapeuten sollten ausreichend Zeit für die Begründung und Besprechung der Aufgaben einplanen. Stetige und ausdrückliche Verstärkung von kleinsten Schritten der Kooperation werden verstärkt. Während einer Behandlung wird immer wieder betont, wie wichtig es ist, sich jeder Übung zu unterziehen. Patienten engagieren sich mit größerer Wahrscheinlichkeit für eine Aufgabe, wenn sie die Gründe dafür verstehen und wenn sie Gelegenheit erhalten, ihre Einwände dagegen vorzubringen.

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

Therapeuten sollten sich bei der Beschreibung der Aufgabe klar und genau ausdrücken. Es ist besser zu sagen: »Schreiben Sie 20 Tätigkeiten auf« als: »Halten Sie einige Aktivitäten fest«. Es ist oft nützlich, Patienten die Aufgabe in eigenen Worten

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

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

Schwierigkeiten bei den Hausarbeiten können durch folgende Haltungen (s. Kasten) bedingt sein. Bei älteren Patienten kommen mögliche Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme sowie Vergesslichkeit hinzu.

Haltungen, die Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben verursachen

- (1) Ich fühle mich völlig hilflos. Ich bin überzeugt, dass mir nichts mehr hilft. Deshalb ist es sinnlos, sich abzuquälen.
- (2) Die Aufgabe wurde mir nicht ausreichend erklärt, ich habe nicht gewusst, was ich genau tun soll.
- (3) Ich kann in dieser Aufgabe keinen Sinn sehen, diese Methode hilft mir nicht.
- (4) Ich traue mir nichts zu. Ich denke: »Ich bin ein Versager«, und dann fange ich erst gar nicht an.
- (5) Ich habe die Aufgaben machen wollen, aber ich vergesse es immer wieder.
- (6) Ich fühle mich hilflos und glaube nicht, dass ich es wirklich tun kann, auch wenn ich es mir vornehmen würde.
- (7) Ich habe Angst, dass Therapeut mich kritisiert, da ich es bestimmt nicht gut genug mache.
- (8) Ich glaube, dass den Therapeuten das eigentliche Problem nichts angeht und er sich nicht mit dem beschäftigt, was für mich wirklich wichtig ist.
- (9) Mein Zustand ist gleichbleibend, die Aufgaben helfen nicht.
- (10) Die Übungen sind zu kompliziert und zu anstrengend.
- (11) Es ist für mich zu peinlich festzuhalten, was ich tue oder denke, weil die Aufzeichnungen dann jemand sehen könnte.

Schreibschwierigkeiten. Manche ältere Patienten scheuen schriftliche Aufgaben, weil sie Schwierigkeiten mit der Formulierung oder der Rechtschreibung haben. Therapeuten sollten feststellen, ob die Nichterledigung der Aufgaben auf eine dieser Gründe zurückzuführen ist. Das Problem kann oft durch die einfache Mitteilung gelöst werden, dass die äußere Form der Hausaufgaben irrelevant ist. Alternativ kann mittels sokratischer Gesprächsführung die Nützlichkeit einer derartigen Haltung bezüglich der angestrebten therapeutischen Ziele hinterfragt werden. Oft empfiehlt es sich, Patienten zu helfen, die neuen Ideen in konkrete Pläne umzusetzen. Ein Patient machte beispielsweise den Vorschlag, eine Selbstbeobachtung lieber auf dem Smartphone zu notieren als auf der Papiervorlage.

6.4 Umgang mit Krisen

Im Verlauf jeder Behandlung können Krisen und Phasen plötzlicher Verschlechterung eintreten. Ziel ist es, diese Schwierigkeiten aufzufangen und Patienten die Möglichkeit zu geben, mit solchen Krisen in konstruktiver Weise umzugehen. Jedem (primär depressiven) Patienten sollte die Möglichkeit offenstehen, in Notsituationen (z. B. Stimmungstief, suizidale Ideen) den behandelnden Therapeuten anzurufen bzw. anzusprechen.

Zu den zentralen Verhaltensmerkmalen eines Therapeuten bei Krisen zählen die beruhigenden Versicherungen (s. Abschn. 6.1). Diese Methode setzt voraus, dass ein Patient einen Therapeuten für kompetent hält, dass die Äußerungen glaubhaft wirken und überzeugend dargestellt werden. Sie wirken nur dann beruhigend auf Patienten, wenn diese merken, dass die persönlichen Schwierigkeiten von den Therapeuten anerkannt werden, und wenn gleichzeitig deutlich gemacht wird, wie man aus der Krise heraushelfen kann. Kaum beruhigend wirken oberflächliche Ratschläge. Stattdessen sind Möglichkeiten der Hilfe und der Überwindung von Krisen spezifisch und konkret aufzuzeigen. Beruhigende Versicherungen dürfen nicht mechanisch angewandt werden. Sie bergen immer die Gefahr in sich, dass einem Patienten das Gefühl vermittelt werden kann, ein Therapeut nehme den aktuellen (krisenhaften) Zustand nicht ernst bzw. bagatellisiere die Gefühle eines Patienten. Ein Therapeut muss einem Patienten das Gefühl vermitteln, dass die Probleme (z. B. Verschlechterungen) ernst genommen werden, aber dennoch gelöst werden können.

Suizidalität. Krisen können sich in der Verschlechterung der Symptomatik bis hin zur Verstärkung bzw. dem Auftreten von Selbstmordgedanken und -handlungen auswirken. Suizidneigungen eines Patienten sollten Therapeuten immer dazu veranlassen zu prüfen, inwieweit er glaubt, durch den regelmäßigen Kontakt und die verstärkten therapeutischen Maßnahmen Kontrolle über diese Suizid Tendenzen zu haben und zu behalten. Es sollte immer eine Beratung mit Kollegen, Vorgesetzten und/oder einem Supervisor gesucht werden. Vor allem bei ambulant versorgten Patienten muss sorgfältig erhoben werden, inwieweit suizidale Handlungen außerhalb der therapeutischen Kontakte verhindert werden können. Im Folgenden sind einige Punkte

zusammengestellt, die bei der Verhinderung bzw. Überwindung suizidaler Krisen helfen. Diese Aspekte reduzieren zwar die akute Suizid tendenz, doch sie stellen keine Gewähr für das Unterlassen von Selbstmordhandlungen dar:

- ▶ das Vorhandensein einer stabilen, vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeut und Patient
- ▶ das Eingehen bzw. das Vorhandensein eines Vertrages zwischen Therapeut und Patient, während des Behandlungszeitraums keine Suizidhandlungen zu begehen
- ▶ das Fortbestehen eines gewissen Aktivitätsniveaus, das soziale Kontakte einschließen sollte
- ▶ das Vorhandensein zumindest einer Bezugsperson bzw. einiger Kontaktpersonen
- ▶ das Gelingen, einige kurzfristige Ziele zu formulieren und diese umzusetzen. Damit kann es gelingen, zumindest von Sitzung zu Sitzung die Hoffnungslosigkeit zu durchbrechen.
- ▶ die (täglichen) persönlichen bzw. telefonischen Kontakte zu einem Patienten, um so einem Therapeuten Kontrolle und eventuell rasche Intervention (ggf. stationäre Aufnahme) zu ermöglichen

Bereits in Kapitel 2 wurden zusätzliche diagnostische Hilfen zur weiteren Abklärung von Hoffnungslosigkeit und Suizidalität genannt.

6.5 Planung der Therapie

AB
6.1

Auf der Basis der Problemanalyse (AB 6.1) lassen sich Reihenfolge und Einsatz der Therapiemodule bzw. Therapiemethoden planen. Aufgrund der Problemanalyse und erster Erfahrungen im Therapieprozess bietet es sich bei vielen Patienten an, Schwerpunkte beim therapeutischen Vorgehen zu setzen. Insbesondere sollte betont werden, wie bestimmte Therapiemodule bei der Überwindung bestimmter Probleme helfen und wie passend daher das therapeutische Angebot für die Problembewältigung ist.

Beispiel

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