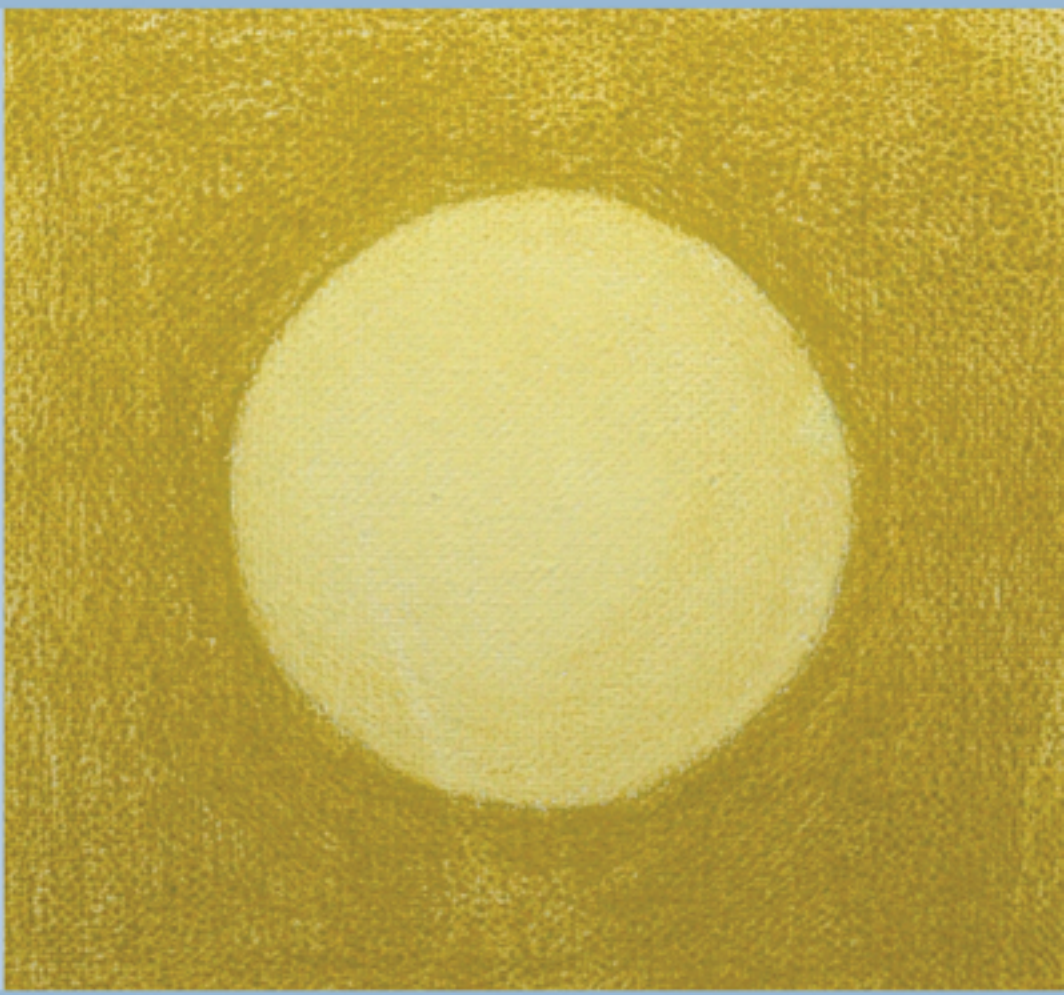
Alexandra Gall-Peters, Gerhard Zarbock

Praxisleitfaden Verhaltenstherapie

Störungsspezifische Strategien, Therapieindividualisierung, Patienteninformationen



PABST

Alexandra Gall-Peters, Gerhard Zarbock

Praxisleitfaden Verhaltenstherapie

Alexandra Gall-Peters, Gerhard Zarbock

Praxisleitfaden Verhaltenstherapie

Störungsspezifische Strategien, Therapieindividualisierung, Patienteninformationen

Pabst Science Publishers
Lengerich

Die Autoren:

Dr. Alexandra Gall-Peters
Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin
Psychologische Praxis
Heinrich-Hertz-Str. 17
22085 Hamburg
agallpeters@gmx.de

Dr. phil. Gerhard Zarbock
Diplom-Psychologe, Psychologischer und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
IVAH – Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg
Hans-Henny-Jahnn-Weg 51
22085 Hamburg
gzarbock@ivah.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2012 Pabst Science Publishers, D-49525 Lengerich

Satz/Layout: Claudia Döring
Titelfoto: Inka Gall
Druck: Euradius, Meppel
ISBN 978-3-89967-759-1

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Danksagung 13

Teil I: Einführung

Symptom- und personenorientierte Behandlungsstrategien 25

Teil II: Störungsspezifische Behandlungsstrategien

Behandlungsrepetitorium depressive Störungen 39
1. Arten und Diagnostik depressiver Störungen 39
1.1 Unterformen depressiver Störungen 40
1.1.1 Depressive Episode 40
1.1.2 Rezidivierende depressive Störung 44
1.1.3 Anhaltende affektive Störungen: Dysthymia 44
1.2 Epidemiologie und Verlauf depressiver Störungen 46
1.3 Diagnostikinstrumente 46
1.4 Komorbiditäten und Differentialdiagnostik 48
1.5 Ätiologiemodelle 51
2. Grundlegende Therapieentscheidungen 52
3. Behandlungsbeginn 54
3.1 Beziehungsaufbau und Motivationsförderung 54
3.2 Einschätzung der Suizidalität und Umgang mit Suizidalität 55
3.3 Diagnostik, Informationsgewinn und Störungsmodell 61
3.3.1 Entstehungsbedingungen der Depression 62
3.3.2 Erstauftrittsbedingungen der Depression 66
3.3.3 Aufrechterhaltende Bedingungen der Depression 67
3.4 Zielformulierung 72
4. Zentrale Therapiephase 73
4.1 Primär behaviorale Strategien: Aufbau positiver Aktivitäten 74
4.1.1 Verdeutlichen des Behandlungsrationals 75
4.1.2 Selbstbeobachtungen zu Aktivitäten und Stimmung 77
4.1.3 Planung und Durchführung konkreter Aktivitäten 78
4.1.4 Abbau depressionsfördernder Aktivitäten 80
4.2 Primär kognitive Strategien (Kognitive Umstrukturierung) 81
4.2.1 Vermittlung des kognitiven Modells 81
4.2.2 Identifikation dysfunktionaler Kognitionen 83
4.2.3 Infragestellen dysfunktionaler Kognitionen 84
4.2.4 Erarbeiten und Etablieren angemessener Alternativen 87
4.3 Personen- und hintergrundorientierte Strategien 90

4.3.1 Schematherapeutische Interventionen 91
4.3.2 Selbstwert- und biografieorientierte Interventionen 95
4.3.3 Emotionsregulation 96
4.3.4 Verringerung sozialer Kompetenzdefizite 98
5. Selbstregulationsphase und Therapiebeendigung 100
5.1 Erhöhung der Selbstregulationsfähigkeiten 100
5.2 Evaluation des Therapieerfolges und Therapiereflexion 100
5.3 Rückfallprophylaxe 101
6. Chronische Depression 102
7. Komplizierte Trauer 104
7.1 "Normale" und "komplizierte" Trauer 105
7.2 Kennzeichen komplizierter Trauer 106
7.3 Entstehung komplizierter Trauer 107
7.4 Behandlung komplizierter Trauer 107
8. Pharmakologische Behandlung der Depression 110
9. Literatur 111

Behandlungsrepetitorium Agoraphobie und Panikstörung 115
1. Diagnosestellung 115
1.1 Kernmerkmale und Diagnosekriterien der Agoraphobie nach ICD-10 115
1.2 Kernmerkmale und Diagnosekriterien der Panikstörung nach ICD-10 117
1.3 Epidemiologie und Verlauf 119
1.4 Diagnostikinstrumente 120
1.5 Komorbiditäten und Differentialdiagnostik 121
1.6 Ätiologiemodelle 126
2. Grundlegende Therapieentscheidungen 126
3. Behandlungsbeginn 128
3.1 Beziehungsaufbau und Motivationsförderung 128
3.2 Informationsgewinnung und Störungsmodell 129
3.2.1 Entstehungsbedingungen 130
3.2.2 Erstauftrittsbedingungen 132
3.2.3 Aufrechterhaltende Bedingungen 134
3.3 Zielformulierung 138
4. Zentrale Therapiephase 139
4.1 Symptomorientierte Strategien: Methoden und Interventionen der kognitiven Verhaltenstherapie 140
4.1.1 Kognitive Vorbereitung der Expositionsbehandlung 141
4.1.2 Durchführung der Exposition (Agoraphobie) 145
4.1.3 Durchführung der Exposition und Korrektur der Fehlinterpretationen (Panikstörung) 148
4.1.4 Expositionen in sensu und Bewältigungsimaginationen 151
4.1.5 Etablierung von Entspannungsfähigkeiten und Achtsamkeit, Gesundheitsverhalten 152
4.2 Personen- und hintergrundorientierte Strategien 153
4.2.1 Funktionalitäten und Persönlichkeitsakzentuierungen 154
4.2.2 Schematherapeutische Strategien 156
4.2.3 Selbstwert 160

5. Selbstregulationsphase und Therapiebeendigung 161
5.1 Erhöhung der Selbstregulationsfähigkeiten 161
5.2 Evaluation des Therapieerfolges und Therapiereflexion 162
5.3 Rückfallprophylaxe 162
6. Pharmakologische Behandlung bei Agoraphobie und Panikstörung 164
7. Literatur 165

Behandlungsrepetitorium soziale Phobie 168
1. Diagnosestellung 168
1.1 Kernmerkmale und Diagnosekriterien der sozialen Phobie nach ICD-10 168
1.2 Epidemiologie 171
1.3 Diagnostik 171
1.4 Komorbiditäten und Differentialdiagnostik 172
1.5 Ätiologiemodelle 176
2. Grundlegende Therapieentscheidungen 176
3. Behandlungsbeginn 178
3.1 Beziehungsaufbau und Motivationsförderung 178
3.2 Informationsgewinnung und Störungsmodell 180
3.2.1 Entstehungsbedingungen der sozialen Phobie 181
3.2.2 Erstauftrittsbedingungen der sozialen Phobie 183
3.2.3 Aufrechterhaltende Bedingungen der sozialen Phobie 183
3.3 Wahl des Behandlungsfokus und Zielformulierung 188
4. Zentrale Therapiephase 190
4.1 Symptomorientierte Behandlungsstrategien 191
4.1.1 Kognitive Vorbereitung der Verhaltensexperimente 191
4.1.2 Durchführung der Verhaltensexperimente 194
4.1.3 Kognitive Therapie 200
4.2 Personen- und hintergrundorientierte Behandlungsstrategien 204
4.2.1 Funktionalitäten und Persönlichkeitsstörungen 205
4.2.2 Training sozialer Kompetenzen 206
4.2.3 Beeinträchtigung der Lebensführung 206
4.2.4 Schematherapeutische Strategien 208
5. Selbstregulationsphase und Therapiebeendigung 213
5.1 Erhöhung der Selbstregulationsfähigkeiten 213
5.2 Evaluation des Therapieerfolges und Therapiereflexion 214
5.3 Rückfallprophylaxe 214
6. Pharmakologische Behandlung der sozialen Phobie 215
7. Literatur 216

Behandlungsrepetitorium Zwangsstörungen 219
1. Diagnosestellung 219
1.1 Kernmerkmale und Diagnosekriterien von Zwangsstörungen nach ICD-10 219
1.2 Unterformen von Zwangsstörungen 220
1.3 Epidemiologie 221
1.4 Diagnostik 221
1.5 Komorbiditäten und Differentialdiagnostik 222

1.6 Ätiologiemodelle 226
2. Grundlegende Therapieentscheidungen 226
3. Behandlungsbeginn 228
3.1 Beziehungsaufbau und Motivationsförderung 228
3.2 Informationsgewinnung und Störungsmodell 230
3.2.1 Entstehungsbedingungen von Zwangsstörungen 231
3.2.2 Erstauftrittsbedingungen von Zwangsstörungen 233
3.2.3 Aufrechterhaltende Bedingungen von Zwangsstörungen 233
3.3 Zielformulierung 237
4. Zentrale Therapiephase 238
4.1 Symptomorientierte Strategien 239
4.1.1 Verschieben der Problemdefinition 239
4.1.2 Vorbereitung der Expositionsbehandlung 240
4.1.3 Exposition mit Reaktionsmanagement 242
4.1.4 Behandlung nicht-offener Zwänge (Zwangsgedanken) 245
4.1.5 Kognitive Interventionen 249
4.2 Personen- und hintergrundorientierte Strategien 251
4.2.1 Persönlichkeitsvariablen 252
4.2.2 Funktionalitäten, Selbstwert und Soziale Kompetenz 253
4.2.3 Schematherapeutische Interventionen 254
5. Selbstregulationsphase und Therapiebeendigung 258
5.1 Erhöhung der Selbstregulationsfähigkeiten 259
5.2 Evaluation des Therapieerfolges und Therapiereflexion 259
5.3 Rückfallprophylaxe 260
6. Pharmakologische Behandlung bei Zwangsstörungen 261
7. Literatur 262

Behandlungsrepetitorium Essstörungen 265
1. Arten und Diagnostik von Essstörungen 265
1.1 Anorexia Nervosa 266
1.2 Bulimia Nervosa 267
1.3 Binge Eating-Störung 269
1.4 Epidemiologie und Verlauf von Essstörungen 270
1.5 Diagnostik 271
1.6 Komorbiditäten und Differentialdiagnostik 274
1.7 Ätiologiemodelle 278
2. Grundlegende Therapieentscheidungen 278
3. Behandlungsbeginn 280
3.1 Therapieindikation und Basis-Behandlungsvereinbarungen 280
3.2 Beziehungsaufbau und Motivationsförderung 282
3.3 Diagnostik, Informationsgewinn und Störungsmodell 284
3.3.1 Entstehungsbedingungen von Essstörungen 285
3.3.2 Erstauftrittsbedingungen von Essstörungen 287
3.3.3 Aufrechterhaltende Bedingungen von Essstörungen 288
3.4 Zielformulierung 293
4. Zentrale Therapiephase 294
4.1 Symptomorientierte Behandlungsstrategien 295

4.1.1 Psychoedukation . . . 296
4.1.2 Selbstbeobachtung des Essverhaltens . . . 297
4.1.3 Veränderung des Essverhaltens . . . 299
4.1.4 Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen . . . 304
4.1.5 Bearbeitung der Körperschemastörung . . . 306
4.2 Personen- und hintergrundorientierte Behandlungsstrategien . . . 309
4.2.1 Persönlichkeitsvariablen, Komorbiditäten und Emotionsregulation . . . 309
4.2.2 Schematherapeutische Strategien . . . 313
4.2.3 Selbstwert- und biografieorientierte Interventionen . . . 317
4.2.4 Verringerung sozialer Kompetenzdefizite . . . 318
5. Selbstregulationsphase und Therapiebeendigung . . . 319
5.1 Erhöhung der Selbstregulationsfähigkeiten . . . 320
5.2 Evaluation des Therapieerfolges und Therapiereflexion . . . 320
5.3 Rückfallprophylaxe . . . 321
6. Verzahnung ambulanter und stationärer Therapie . . . 322
7. Pharmakologische Behandlung von Essstörungen . . . 322
8. Literatur . . . 323

Behandlungsrepetitorium posttraumatische Belastungsstörung . . . 326
1. Diagnosestellung . . . 326
1.1 Kernmerkmale und Diagnosekriterien der posttraumatischen Belastungsstörung . . . 326
1.2 Arten von Traumata . . . 328
1.3 Epidemiologie und Verlauf . . . 329
1.4 Diagnostik . . . 330
1.5 Komorbiditäten und Differentialdiagnostik . . . 331
1.6 Ätiologiemodelle . . . 335
2. Grundlegende Therapieentscheidungen . . . 335
3. Übergreifende Behandlungsprinzipien . . . 337
4. Behandlungsbeginn . . . 338
4.1 Beziehungsaufbau und Herstellen von Sicherheit und Kontrolle . . . 338
4.2 Vereinbarung von Rahmenbedingungen und Ausschlusskriterien . . . 339
4.3 Psychoedukation . . . 340
4.4 Informationsgewinnung: Exploration der Traumatisierung . . . 341
4.5 Entwicklung eines individualisierten Störungsmodells . . . 343
4.5.1 Entstehungsbedingungen . . . 344
4.5.2 Erstauftrittsbedingungen . . . 345
4.5.3 Aufrechterhaltende Bedingungen . . . 346
4.6 Zielformulierung . . . 350
5. Zentrale Therapiephase . . . 351
5.1 Stabilisierung und Sicherheit . . . 351
5.1.1 Wiederaufnahme von Aktivitäten und Kontakten, Aufbau einer Tagesstruktur . . . 352
5.1.2 Schlafhygiene . . . 353
5.1.3 Vermittlung von Problemlösetechniken und konkrete Hilfestellungen im Alltag . . . 353
5.1.4 Entspannungstechniken . . . 354
5.1.5 Imaginative Stabilisierungstechniken . . . 354

5.1.6 Strategien der Affektregulation 355
5.2 Direkte Traumaarbeit 356
5.2.1 Imaginatives Nacherleben des Traumas ("imaginal exposure") 356
5.2.2 In-vivo-Expositionen 360
5.2.3 Kognitive Verfahren 361
5.3 Integration und Neuorientierung 366
5.4 Personen- und hintergrundorientierte Strategien 368
5.4.1 Persönlichkeitsstörungen/-akzentuierungen 369
5.4.2 Schematherapeutische Strategien 370
5.4.3 Chronische Traumatisierung 374
5.4.4 Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung 375
6. Selbstregulationsphase und Therapiebeendigung 377
6.1 Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeiten 377
6.2 Evaluation des Therapieerfolges und Therapiereflexion 377
6.3 Rückfallprophylaxe 378
7. Pharmakologische Behandlung der PTBS 379
8. Literatur 380

Behandlungsrepetitorium schizophrene Störungen 384
1. Diagnosestellung 384
1.1 Allgemeine Charakteristika und Kernmerkmale psychotischer Störungen 384
1.2 Schizophrenie 385
1.3 Unterformen schizophrener Störungen 388
1.4 Epidemiologie und Verlauf 389
1.5 Diagnostikinstrumente 391
1.6 Komorbiditäten und Differentialdiagnostik 392
2. Störungsmodell der Schizophrenie 396
2.1 Entstehungsbedinungen 396
2.2 Erstauftrittsbedingungen 398
2.3 Aufrechterhaltende Bedingungen 398
2.4 Protektive Faktoren 400
3. Allgemeine Behandlungsprinzipien 402
3.1 Behandlungsprinzipien in den verschiedenen Krankheitsphasen 402
3.2 Therapeutisches Basisverhalten 403
3.3 Symptomorientierung vs. Personen- und Hintergrundorientierung 403
4. Pharmakologische Behandlung schizophrener Störungen 404
5. Psychotherapie schizophrener Störungen: Behandlungsbeginn 407
5.1 Aufbau einer therapeutischen Beziehung und Informationsgewinnung 407
5.2 Diagnostik und Entwicklung eines individualisierten Störungsmodells 408
5.3 Zielformulierung 410
6. Zentrale Therapiephase 411
6.1 Symptomorientierte Strategien 411
6.1.1 Psychoedukation und Medikamentencompliance 411
6.1.2 Frühsymptommanagement 413
6.1.3 Krisenplan und Krisenmanagement 414
6.1.4 Stigmamanagement 417
6.1.5 Stressbewältigung und Gesundheitsverhalten 418

6.1.6 Behandlung von Antriebsstörung, Affektverflachung und Depressivität 419
6.1.7 Behandlung kognitiver Leistungsdefizite 422
6.1.8 Behandlung weiter bestehender Positivsymptomatik 423
6.1.9 Einbezug von Angehörigen 426
6.1.10 Psychosoziale und berufliche Rehabilitation 427
6.2 Personen- und hintergrundorientierte Strategien 429
6.2.1 Selbstwert und Sinngebung 430
6.2.2 Soziale Kompetenz 431
7. Therapiebeendigung und Selbstregulationsphase 433
7.1 Erhöhung der Selbstregulationsfähigkeiten 433
7.2 Evaluation des Therapieerfolges und Therapiereflexion 433
7.3 Rückfallprophylaxe 434
8. Literatur 435

Teil III: Störungsspezifische Patienteninformationen

Informationsmaterial depressive Störungen 441
Informationsmaterial Agoraphobie und Panikstörung 452
Informationsmaterial soziale Phobie 464
Informationsmaterial Zwangsstörungen 476
Informationsmaterial Essstörungen 487
Informationsmaterial posttraumatische Belastungsstörung 502
Informationsmaterial schizophrene Störungen 517

Teil IV: Leitfaden Supervision 533

Teil V: Anhang: ausgewählte Arbeitsblätter 539

Feinabstimmung und Konkretisierung von Therapiezielen 541
Erklärungsmodell einer psychischen Erkrankung 542
Aktivitätenprotokoll: Aktivitäten und Stimmungen 543
Aktivitätenprotokoll: E + V-Aktivitäten 544
Selbstfürsorge-Wochenprotokoll 545
Verhaltensanalyse 546
Tagesprotokoll negativer automatischer Gedanken 547
Infragestellen automatischer negativer Gedanken 548
„Testing the automatic thought“ (Beck) 549
Emotionsanalyse 550
Soziale Interaktionsanalyse 551
Interaktioneller Zirkel 552
Expositionsprotokoll 553
Essprotokoll 554
Therapiereflexion 555

Vorwort

Im „Praxisleitfaden Verhaltenstherapie – störungsspezifische Strategien, Therapieindividualisierung und Patienteninformationen“ unternehmen wir es, störungsspezifisches Wissen für die psychotherapeutische Praxis, insbesondere für die Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie, zusammenzutragen.
Kernidee dieses Buches ist es, die in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis häufigsten psychischen Störungsbilder sowie ihre Behandlung in ihren Grundzügen darzustellen.
Der Hauptteil des vorliegenden Buches besteht dabei aus einzelnen Repetitorien zu ausgewählten psychischen Störungen, wie sie für das Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg (IVAH) auf Initiative des Zweitautors und Leiters des Institutes (Zarbock) von der Erstautorin (Gall-Peters) unter Mitarbeit des Zweitautors für Ausbildungskandidaten erstellt wurden. Die lernenden Therapeuten in Aus- und Weiterbildung suchen nach konkreten Anleitungen für die Durchführung von Diagnostik und Therapie. Viele Therapie-Manuale sind jedoch häufig entweder nicht zugänglich und teils vergriffen, oder aber zu teuer für die (oft gewünschte) persönliche Anschaffung für den eigenen Bücherschrank, so dass die Idee zu der Erstellung institutseigener Therapieleitlinien entstand. Bei der Erstellung der institutsinternen Leitlinien wurde sehr deutlich, dass die Grundüberlegungen einer biografisch-systemisch individualisierten Verhaltenstherapie (Zarbock, 2008; 2010) auch auf die Darstellung störungsspezifischer Strategien übertragen werden konnten. Ein individualisiertes, personenorientiertes und ein stärker störungsspezifisches Vorgehen lassen sich gut ergänzen und stellen keine unvereinbaren Widersprüche dar. Beide Strategien sind sinnvolle und mögliche Schwerpunkte in der Behandlung psychisch und psychosomatisch leidender Menschen.
Um das intern erarbeitete Material einem größeren Leserkreis zugänglich zu machen, haben wir uns entschlossen, es als Buchprojekt „Praxisleitfaden VT“ zu überarbeiten und zu veröffentlichen.
Dieses Buch möchte für Kandidaten in der verhaltenstherapeutischen Aus- und Weiterbildung, also in der Regel für Diplom-Psychologen und Ärzte, ein Begleiter während der praktischen Aus- oder Weiterbildungszeit sein. Natürlich können auch Studenten der Psychologie oder artverwandter Fächer, psychotherapeutisch Interessierte überhaupt sowie praktisch tätige Psychotherapeuten, Psychologen und Psychiater von dem hier geordnet und praxisnah aufbereiteten Wissen profitieren.

Der Praxisleitfaden hat dabei drei Ziele:

1. Die praxisorientierte Organisation des aktuellen verhaltenstherapeutischen Wissens zu den jeweiligen Störungsbildern. Der lernende Therapeut soll aktiv bei der Behandlung von Patienten begleitet werden. Im „Notfall“ soll das in diesem Buch bereitgestellte Wissen für eine „lege artis“ Durchführung von Diagnostik und Therapie hinreichend sein. Zur Selbstkontrolle des Therapeuten werden daher zahlreiche Checklisten und „Don’ts“ zur Vermeidung von Behandlungsfehlern angegeben.
2. Eine nachhaltige „Verdeutlichung“, dass immer Störungs- und Personenspezifisches für eine gelingende Therapie berücksichtigt werden müssen. Es ist unser Credo, dass nie nur Störungen, sondern immer Menschen mit einer Lebensgeschichte, sehr individuellen Problem-Bedingungsgefügen und einem aktuellen psychosozialen Umfeld behandelt werden. Zur Berücksichtigung der Personenperspektive werden daher in jedem Störungskapitel umfangreiche Hinweise gegeben.
3. Den Patienten als einen gleichberechtigten Partner in der Behandlung zu würdigen. Daher haben wir für jede dargestellte Störung auch eine Patienteninformation erstellt und in das Buch aufgenommen. Der Patient kann nach Lektüre einer solchen Information leichter ein gleichberechtigter Partner im Therapieprozess werden. Das Patienteninformationsmaterial eignet sich zudem auch für Therapeuten oder andere Interessierte als „schnellen Einstieg“ in ein Störungsbild.

Der Praxisleitfaden weist einige Besonderheiten auf, auf die wir vorab hinweisen möchten:

1. Um den praktischen Nutzen dieses Leitfadens für die therapeutische Arbeit zu maximieren, haben wir uns entschieden, jedes Störungskapitel so zu gestalten, dass es für sich alleine lesbar ist. Entsprechend haben wir einzelne Gesichtspunkte, u. a. zur Personenperspektive oder zur somatischen Diagnostik in den verschiedenen Störungskapiteln wiederholt. Das Risiko, den Leser bei der Erarbeitung eines weiteren Kapitels durch einzelne Wiederholungen zu langweilen, schien uns geringer als die Gefahr, dass der Praxisnutzen des Buches herabgesetzt wird oder aus unserer Sicht Wesentliches (z.B. immer die Personenperspektive neben der Störungsperspektive einzubeziehen) vernachlässigt wird. Die Gliederung der einzelnen störungsspezifischen Repetitorien ist größtenteils gleichbleibend, was die Erarbeitung der Inhalte erleichtert.
2. Da Aus- und Weiterbildungskandidaten immer auch auf ihre berufsqualifizierenden Abschlussprüfungen hin lernen, haben wir zusätzlich prüfungsrelevantes Wissen in den einzelnen Kapiteln berücksichtigt. So werden Informationen zur Differentialdiagnostik, zu Prävalenzen und Verläufen sowie zu Modellen der Störungsentstehung umfänglich dargestellt, auch wenn derartige Informatio-

nen für die Behandlungspraxis nicht in jedem Fall entscheidend sind.
3. Ein Großteil der am häufigsten auftretenden psychopathologischen („Achse-I“) Störungen (außer Suchterkrankungen) ist in diesem Buch dargestellt. Eine gesonderte Darstellung der Persönlichkeitsstörungen hätte jedoch den Rahmen dieses Buches gesprengt. Dennoch sind – insbesondere durch die Betonung der Personenperspektive – zahlreiche Informationen und Strategien eingewoben, die Hinweise für den Umgang mit Patienten mit Persönlichkeitsakzentuierungen und chronischen Interaktionsstörungen geben.

Eine weitere Besonderheit dieser Darstellung liegt im Versuch, die Zusammenstellung störungsspezifischen Fachwissens konzeptionell an die im Praxisbuch Verhaltenstherapie (Zarbock, 2008) dargestellte biografisch-systemische Verhaltenstherapie anzubinden. Grundhaltung beider Autoren ist es, dass erfolgreiche Psychotherapie einer stetigen, an das individualisierte Störungsmodell des Patienten angepassten und fortlaufend überprüften dialektischen Balance zwischen störungsspezifischen und personenspezifischen Interventionen bedarf. Diese dialektische Balance wird im Folgenden in Grundzügen in Teil I skizziert und findet sich zudem in jedem der einzelnen störungsspezifischen Kapitel wieder.
Aufgrund der engen theoretischen Anbindung an die im Praxisbuch Verhaltenstherapie dargestellte biografisch-systemische Verhaltenstherapie sollen einleitend die Kernmerkmale und Prämissen der biografisch-systemischen Verhaltenstherapie dargestellt werden:
1. Die biografisch-systemische Verhaltenstherapie ist *bedürfnisbasiert*. Ausgehend von den menschlichen Grundbedürfnissen (Bindung, Autonomie (Orientierung), Selbstwerterhöhung, Lustgewinn/Unlustvermeidung (Spiel/Spontanität), Konsistenzstreben), wie sie Epstein und im Anschluss auch Grawe formulieren, werden psychisches Leiden und psychische Störungen als Prozesse begriffen, die ihre Entstehungs- und aufrechterhaltenden Bedingungen in chronisch frustrierten Grundbedürfnissen oder massiven psychosozialen Traumatisierungen haben und hatten. Für ein positives und stabiles Therapieergebnis sollten Lern- und Veränderungsprozesse, welche im Rahmen der Psychotherapie stattfinden, die Wahrscheinlichkeit der Befriedigung dieser menschlichen Grundbedürfnisse erhöhen. Therapie ist also nur dann langfristig erfolgreich, wenn sie dem Patienten verbesserte und angemessenere Strategien zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse vermitteln kann.
2. Zur Erreichung dieses übergeordneten Zieles werden *störungsspezifische* und *personenorientierte* Interventionen in einer dialektischen Balance gehalten und wechselseitige Interaktionen dieser Interventionen fortlaufend reflektiert.

3. Grundlegende Therapieentscheidungen hinsichtlich störungsspezifischer und personenorientierter Interventionen sind zur Gestaltung eines positiven Therapieprozesses notwendig und gründen sich auf das individualisierte *Störungsmodell* des Patienten. In einem solchen Störungsmodell lassen sich Entstehungsbedingungen, Erstauftrittsbedingungen und aufrechterhaltende Bedingungen der Störung differenzieren. Während sich Entstehungsbedingungen als Risikofaktoren und Prädispositionen fassen lassen, werden die Erstauftrittsbedingungen der Störung von der biografisch-systemischen Verhaltenstherapie als Interaktion der individuellen Vulnerabilitäten einerseits und der (meist) externen Belastungen andererseits begriffen. Bei Überschreiten der Regulationsfähigkeiten des Individuums kommt es zu einer Krise. Der Auftritt einer oder mehrerer psychischer Störungen kann sowohl Ausdruck wie auch Bewältigungsversuch dieser krisenhaften Situation sein. Die Aufrechterhaltung einer psychischen Störung kann durch das Weiterbestehen der Faktoren gekennzeichnet sein, die zur Entstehung oder zum Erstauftritt der Störung beigetragen haben. Zudem kann eine psychische Störung im Sinne eines sich selbst stabilisierenden Teufelskreises oder durch die Übernahme bestimmter Aufgaben und Funktionen im psychischen oder psychosozialen System (internale und externale Funktionalitäten) aufrechterhalten werden.
4. Eine erfolgreiche Therapie setzt neben einer individualisierten Störungsanalyse auch eine *individualisierte Zielplanung* voraus. Die individualisierten Therapieziele sind hierbei Antworten auf die individuellen Störungsbedingungen. Im Behandlungsplan werden spezifische Interventionen zur Erreichung der Therapieziele festgelegt, welche im Therapieprozess umgesetzt werden. Die hierdurch initiierten Lernprozesse dienen der Schaffung korrektiver Erfahrungen für den Patienten. Nach Initiierung dieser Lernprozesse im therapeutischen Kontext gilt es zunehmend, die Veränderungen im Verhalten und Erleben auch außerhalb des therapeutischen Kontextes, d.h. im Alltag der Patienten im Rahmen zunehmender Selbstregulation zu stabilisieren.
5. Die *Änderungsmotivation* des Patienten wird hierbei nicht als selbstverständlich vorausgesetzt, sondern als zu schützendes und zu entwickelndes Gut betrachtet.
6. Eine dialektische Balance zwischen störungsspezifischen und personenorientierten Interventionen macht es notwendig, die *therapeutische Beziehung* als einen wesentlichen Bestandteil des psychotherapeutischen Prozesses zu konzeptualisieren. Entsprechend ist es unumgänglich, die therapeutische Beziehung über den gesamten Therapieverlauf kontinuierlich zu reflektieren und zu fördern.

Erfolgreiche und im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung anwendbare Psychotherapie (Verhaltenstherapie) setzt nach den Psy-

chotherapierichtlinen und auch der Meinung der Autoren dreierlei voraus:

1. Eine *psychotherapeutische Basistheorie*: Als Basis des psychotherapeutischen Verstehens und Handelns muss ein allgemeines Modell psychischer Störungen und ihrer Mechanismen vorliegen. Ein solches Modell muss wesentliche Beiträge zum allgemeinen Verständnis der Störungsentstehung, der Störungsaufrechterhaltung und möglicher therapeutischer Herangehensweisen leisten können (Rüger, Dahm & Kallinke, 2008).
2. *Störungsspezifisches Wissen*: Unter dem Gesichtspunkt störungsspezifischer Besonderheiten ist Wissen über Differentialdiagnostik, „Ursachen", Verlaufs- und Erscheinungsgestalten abgrenzbarer psychopathologischer Phänomene darzustellen. Weiterhin beinhaltet dieser Gesichtspunkt auch die Sammlung und Gewichtung möglicher therapeutischer Vorgehensweisen nach dem Grad ihrer empirischen Evidenz und praktischen Bewährung. Zudem ist es aufgrund des rasanten Wissensfortschrittes zunehmend notwendig, störungsspezifisches Wissen zu systematisieren, zu sammeln und für die Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie für die Behandlungen effektiv zugänglich zu machen. Für die Systematisierung von Wissen, für Forschungsfragen und Effektivitätsnachweise ist es unumgänglich, von individualisierten Behandlungsverläufen zu abstrahieren und das Allgemeine, Störungsspezifische einer Erkrankung und ihrer Behandlung zu erfassen. Systematisierung von Behandlungswissen erleichtert zum einen den Aufbau einer individuellen Wissensstruktur (z.B. über Charakteristika und die spezifischer Störungen) und wird zudem dadurch notwendig, dass sich Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland (dankenswerterweise) als ein heute selbstverständlicher Teil der medizinischen Versorgung darstellt. Entsprechend muss sich Psychotherapie ähnlichen Qualitätsmerkmalen und Kriterien zur Wirtschaftlichkeit und Effektivität stellen wie die Behandlung somatischer Erkrankungen. Störungsspezifisches Wissen birgt jedoch immer die Gefahr, individuelle Zusammenhänge zu verkürzen, indem in der Behandlung vorrangig auf Diagnosen fokussiert und nicht der einzelne Mensch in seiner „Gewordenheit" und seiner oft komplexen psychosozialen Lebenswirklichkeit behandelt wird. Auch wissenschaftlich ist der Streit um den Stellenwert störungsspezifischer Strategien und unterschiedliche Behandlungseffekte noch nicht endgültig entschieden (Wampold, 2001).
3. *Personenorientierte Individualisierung:* Der einzelne Patient mit seiner individuellen Lebens- wie auch Krankengeschichte muss den ihm gebührenden Platz in der Psychotherapie erhalten (Rüger, Dahm & Kallinke, 2008). Jede Form von Psychotherapie behandelt immer Menschen, die an Störungen leiden und nicht nur „Diagnosen" mit eher zufälligen Störungsträgern. Wie oben dargestellt, sind psychische Störungen oft Ausdruck von Frustrationen oder

Schädigung (psychischer) Grundbedürfnisse. Diese individuelle Lerngeschichte der Störung(en) muss stets berücksichtigt werden, da ihre Kenntnis für die Störungsanalyse, die Psychoedukation (Sinn- und Erklärungsbedürfnis des Patienten), die Therapiemotivation (Was sind motivierende Therapieziele, wo liegen Blockaden und Vorbehalte?), die Gestaltung der Therapiebeziehung (spez. Bedürfnisse bzw. Ängste des Patienten) als auch für konkrete Interventionen (z.B. Umstrukturierung von traumatisierenden Schlüsselepisoden) unverzichtbar ist.

In der täglichen Therapiepraxis ist in der Regel weder ein strenges „Abarbeiten" von Behandlungsmanualen noch eine rein personenorientierte, die konkrete Symptomatik zu Gunsten von Lebens- oder Persönlichkeitsproblemen vernachlässigende Behandlungsstrategie geeignet.[1]

Dieses „Dilemma" nahezu jeglicher psychotherapeutischer Behandlung führte dazu, dass wir in diesem Buch den Versuch unternommen haben, einerseits störungsspezifisches Wissen zu den in der Praxis häufig anzutreffenden Störungen zusammenzufassen und zu systematisieren, andererseits die therapeutische Grundhaltung der Behandlungsdialektik auf Basis der Kernannahmen der biografisch-systemischen Verhaltenstherapie zu integrieren. Ein biografisch-systemisches Vorgehen in der VT löst das Credo der Psychotherapierichtlinien (Rüger, Dahm& Kallinke, 2008; S. 15) ein, dass „seelische Krankheit grundsätzlich von ihrer Symptomatik zu unterscheiden" ist und genügt der Forderung nach hinreichender Individualisierung: „Die „allgemeinen Merkmale eines Störungsbildes dürfen aber im Bericht nicht so in den Vordergrund gestellt werden, dass die individuellen Merkmale des Patienten nicht mehr erkennbar sind. Vielmehr sollte eine auf den konkreten Einzelfall abgestimmte Behandlungsplanung vorgelegt werden" (S. 72). Ein Charakteristikum der einzelnen Behandlungsrepetitorien stellt daher der *zweistrangige* Behandlungsansatz dar. Ein Strang umfasst das störungsspezifische Vorgehen in Diagnostik, Ursachenklärung und Therapie, der andere Strang beinhaltet die individualspezifische Störungsanalyse und Therapie am individuellen Störungshintergrund.

Da uns dieser zweistrangige Ansatz zentral erscheint und gleichzeitig die einzelnen Repetitorien für sich alleine lesbar sein sollen, haben wir diesen Ansatz in verkürzter Form jedem Störungsrepetitorium vorangestellt. Im „Praxisbuch Verhaltenstherapie" (Zarbock, 2008) wurde versucht, den Hintergrund einer Störung u. a. durch die Konzepte der noch aktuell wirksamen Entstehungsbedingungen einer Störung (z.B. unverarbeitete Traumata, Persönlichkeitsakzentuierungen) und durch die Analyse der Funktionalität der Symptome

[1] Ergänzung von Autonomie nach Zarbock (2008)

(„Was soll mit der Symptomatik für das Selbsterleben und interaktionell erreicht bzw. vermieden werden?“) näher zu fassen. Da sich diese Konzepte sehr gut mit den Grundüberlegungen der *Schematherapie* (z.B. Roediger, 2011; Young et al. 2006; 2008) in Verbindung bringen lassen, haben wir uns für den „Praxisleitfaden VT“ entschlossen, bei der Darstellung der Analyse und der Bearbeitung des individuellen Störungshintergrundes die Therapieüberlegungen der Schematherapie prominent einzubeziehen. Die Schematherapie ist dabei eine Form der Verhaltenstherapie, die in ihrem Störungsverständnis und den angewandten Techniken sowie der Therapiestrategie stark biografische Schlüsselerlebnisse und daraus resultierende emotional-kognitive Verarbeitungsprozesse betont und die Bedeutung der therapeutischen Beziehung hervorhebt. Damit ist sie innerhalb eines verhaltenstherapeutischen Gesamtkonzeptes ein ideales Verfahren zur personenorientierten Arbeit am Störungshintergrund. Alleine angewandt ist die Schematherapie aber schnell in Gefahr, die bewährten störungsspezifischen Verfahren zu stark auszublenden oder erst zu einem späten Zeitpunkt im Therapieverlauf zu berücksichtigen. Ein solches Vorgehen wird jedoch vielen Patienten (und Angehörigen), die sehr schnell eine sehr konkrete störungsorientierte Hilfe erwarten, nicht gerecht. Auf Basis dieser Überlegungen werden im Praxisleitfaden VT personenorientierte Behandlungsstrategien in Ergänzung zu den bewährten symptomorientierten Strategien dargestellt.

Der Praxisleitfaden VT ist dabei in verschiedene Teile gegliedert:

- *Teil I* versteht sich als Einführung in den zweistrangigen (Störungs- und Person-Orientierung) Ansatz und stellt diesen in Grundzügen dar. Das therapeutische Vorgehen wird entsprechend der biografisch-systemischen Verhaltenstherapie an die psychischen Grundbedürfnisse angebunden, und grundlegende Behandlungsentscheidungen werden aus der individuellen Lerngeschichte der Bedürfnisbefriedigungen und der Bedürfnisfrustrationen abgeleitet.
- *Teil II* beinhaltet die einzelnen störungsspezifischen Behandlungsrepetitorien. Jedes Repetitorium kann für sich gelesen und erarbeitet werden, da die Grundzüge des zweistrangigen Ansatzes noch einmal Eingang in die Repetitorien gefunden haben. Zudem umfasst jedes Repetitorium zum einen die Kernmerkmale der Störung mit Diagnosekriterien, Differentialdiagnostik, Besonderheiten im Verlauf und Epidemiologie. Für jedes Störungsbild wird das Störungsmodell mit Entstehungs-, Erstauftritts- und aufrechterhaltenden Bedingungen sowie ein idealtypischer Behandlungsverlauf dargestellt, aufgeteilt nach Behandlungsbeginn, zentralen Therapiephase(n) und Behandlungsbeendigung. Typische Aufgaben, Interventionen und Fallstricke sind für die einzelnen Therapiephasen angegeben, Schwerpunkte der Behandlung noch einmal markiert. Für eine ausführlichere Darstellung, wie sie zur konkreten Durchführung spezifischer Interventionen nötig werden kann, wird auf ein-

schlägige weiterführende Literatur verwiesen. Jedem störungsspezifischen Repetitorium ist eine Passage zur medikamentösen Behandlung angefügt.
- *Teil III* des Buches beinhaltet Patienteninformationen zu den einzelnen Störungsbildern. Diese Patienteninformationen können der Orientierung und ersten Informationsvermittlung gegenüber Patienten bei Aufnahme einer ambulanten Verhaltenstherapie dienen.
- *Teil IV* stellt einen Leitfaden zur Supervision für Ausbildungskandidaten bereit.
- *Teil V* (Anhang) umfasst eine Auswahl hilfreicher Therapiematerialien.

Danksagung

Wir haben viele Kolleginnen und Kollegen um Rückmeldungen zu Vorentwürfen der einzelnen Kapitel gebeten und hilfreiche Kommentare, Anregungen und Hinweise auf weiterführende Literatur erhalten. Wir danken hier besonders:
Susanne Fricke (Zwangsstörungen), Silka Hagena (Agoraphobie und Panikstörung), Klaus Junghanns (Psychopharmakologie), Philipp Klein (Schizophrenie), Reinhard Maß (Schizophrenie), Brigitte Matz-Knocke (Essstörungen), Nicole Münchau (Zwangsstörungen), Manuela Post (Depressive Störungen), Miriam Wichmann (Soziale Phobie) und Charlotte Wittekind (PTBS).
Sehr verpflichtet fühlen wir uns auch den Dozentinnen und Dozenten des IVAH, welche die hier zusammengetragenen Inhalte in der Psychotherapieausbildung vermitteln. Die von ihnen geleistete didaktische Aufarbeitung und Vermittlung dieser Inhalte sowie die von ihnen erstellten Arbeitsmaterialien stellen – neben der in den einzelnen Behandlungsrepetitorien zitierten Literatur – eine weitere Grundlage für die Entstehung der Behandlungsrepetitorien dar.
In diesem Sinne möchten wir den folgenden Dozentinnen und Dozenten danken:
Martina Fischer-Klepsch (Agoraphobie und Panikstörung, pathologische Trauer), Susanne Fricke (Zwangsstörungen), Klaus Junghanns (Psychopathologische Diagnostik, Psychopharmakologie), Reinhard Maß (Schizophrenie), Brigitte Matz-Knocke (Essstörungen), Nicole Münchau (Zwangsstörungen), Angelique Mundt (Soziale Phobie, Depression), Helga Pritzkow (Kognitive Therapie) sowie Christine Zens (Schematherapie).
Angelika Raiber danken wir für die Korrektur einer vorläufigen Version des Praxisleitfadens sowie für hilfreiche Anregungen zur Gestaltung der Patienteninformationen.
Dem Ausbildungsausschuss des IVAH sind wir dankbar für Anregungen zu Struktur und Didaktik in der Psychotherapieausbildung.

Durch das IVAH haben wir in der Zeit der Buchentstehung Ermutigung und Unterstützung erhalten.
Ein großer Dank geht auch an die Ausbildungskandidaten des IVAH, die uns durch ihre „neugierige“ Erwartungshaltung und ihr Interesse („Klingt sehr spannend – Wann kann ich das Buch haben?“) zu einer schnellen Fertigstellung des Praxisleitfadens motiviert haben.
Mein ganz besonderer Dank geht an meinen Mann Gunnar Gall, der über viele Monate hinweg das Manuskript durchgesehen hat und mir stets ein liebevoller und unterstützender Begleiter war. (Alexandra Gall-Peters)
Ich danke meiner Frau Nicole Fabisch für ihre Unterstützung und meinen Mitarbeiterinnen Claudia Gätke und Angelika Raiber für ihre Unterstützung. (Gerhard Zarbock)

Wir hoffen, dass die Lektüre und Arbeit mit dem „Praxisleitfaden VT“ für Aus- und Weiterbildungskandidaten hilfreich und auch für erfahrene Praktiker anregend und bereichernd ist.

Wir haben uns nach bestem Wissen bemüht, trotz der Knappheit des gewählten Formates alles zutreffend darzustellen und die wesentlichen Behandlungspunkte herauszuarbeiten. Doch wie jedes Buch wird auch dieses Buch Fehler enthalten. Sollten Sie als Leser Fehler bemerken oder sollten Sie wesentliche Gesichtspunkte vernachlässigt finden, sind wir für eine Rückmeldung (VTLeitfaden@aol.com) dankbar.

Hamburg, im August 2011

Alexandra Gall-Peters und Gerhard Zarbock

Teil I:
Einführung

Symptom- und personen-orientierte Behandlungs-strategien

1. Grundbedürfnisse

Die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie stellt für den Großteil der Betroffenen eine beträchtliche Hürde dar. Zwar wird das Aufnehmen einer Psychotherapie zunehmend weniger tabuisiert und ist zunehmend gesellschaftsfähiger, trotzdem bedarf es in der Vielzahl der Fälle eines beträchtlichen Leidensdruckes, bis der Beginn einer ambulanten Therapie erwogen wird.
In der Regel leiden die Betroffenen an ausgeprägten psychischen Symptomen verschiedenster Art (entsprechend den jeweiligen Störungsbildern), hinzu kommen häufig erhöhte Anspannung und innere Unruhe, Sorgengedanken, Probleme im interaktionellen Bereich und in der Gefühlsregulation, belastende biografische Ereignisse sowie Überforderungserleben. Zusätzlich bestehen nicht selten somatische Beschwerden und Probleme der Alltagsbewältigung (Probleme am Arbeitsplatz, finanzielle Sorgen etc.).
Zumeist erscheinen Patienten demnach mit einer Fülle an Schwierigkeiten, welche sie in der Therapie zu bearbeiten versuchen. Als ambulanter Therapeut gilt es daher, diese komplexe Situation zu erfassen, zu ordnen und zu strukturieren: Was für ein Mensch sitzt mir hier gegenüber? Welche charakteristischen Lebenserfahrungen hat dieser Mensch gemacht und wie haben diese Erfahrungen die Persönlichkeit dieses Menschen mit geprägt? Welche charakteristischen Symptome liegen derzeit vor und in welches Störungscluster lassen sich diese Symptome subsummieren? Welche derzeitigen Lebensumstände liegen vor und erschweren (oder erleichtern) den Umgang mit den Schwierigkeiten und Symptomen?
Hier bietet es sich an, die ambulante Verhaltenstherapie grundsätzlich als *zweistrangige Therapie* zu konzeptualisieren, in welcher symptomorientierte und personen- bzw. hintergrundorientierte (biografisch-systemische) Behandlungsverfahren eng miteinander verzahnt realisiert werden. Diese grundlegende Behandlungsidee wird in den störungsspezifischen Repetitorien erneut aufgegriffen und ist dort der Darstellung der einzelnen Behandlungsstrategien und -schritte vorangestellt.
Die biografisch-systemische Verhaltenstherapie geht davon aus, dass psychische Störungen durch eine überdauernde (oder ggf. auch (akut) überwältigend traumatisierende) Frustration *psychischer*

Grundbedürfnisse bedingt sind. Psychische Störungen stellen dann einen dysfunktionalen Lösungsversuch hierdurch bedingter Spannungen dar. Verschiedene Konzeptionen psychischer Grundbedürfnisse sind vorgeschlagen worden. Die biografisch-systemische Verhaltenstherapie bezieht sich auf die Konzeption von Grawe (1998, 2004; siehe auch Epstein, 1990), welcher folgende Grundbedürfnisse unterscheidet:

1. Bedürfnis nach Bindung
2. Bedürfnis nach Autonomie und Orientierung (Grenzen/Kontrolle)
3. Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung
4. Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung (Spiel/Spontanität/Selbstausdruck)

Da in den einzelnen Behandlungsrepetitorien zudem schematherapeutische Interventionen vorgestellt werden, werden dort auch die Ergänzungen bezüglich der Grundbedürfnisse, welche Young (2006; 2008) im Rahmen der Entwicklung der Schematherapie vorgenommen hat, dargestellt.

Das Bedürfnis nach *Bindung* wird hierbei als Bedürfnis nach einer verlässlichen Bezugsperson gefasst, welches insbesondere dann spürbar ist, wenn ein Mangel an Schutz, Nähe und Versorgung erlebt wird. Insbesondere für die spätere Entwicklung von Autonomie sind die Erfüllung des Bedürfnisses nach Bindung sowie das Erreichen von Bindungssicherheit zentral (Bowlby & Ainsworth, 2005). Erst auf der Basis einer sicheren Bindung ist eine angstfreie und eigenständige Exploration möglich.

Das Bedürfnis nach *Autonomie und Orientierung* (Kontrolle nach „innen“ und nach „außen“) als zweites zentrales Bedürfnis bedeutet das Bedürfnis nach Selbständigkeit im Sinne einer Unabhängigkeit von anderen und die Entwicklung von Selbstwirksamkeit (sich selber als wirksam handelnd erleben anstelle des Erlebens von Hilflosigkeit und Abhängigkeit von (zufälligen) äußeren Einflüssen). Die Schaffung von Orientierung und realistischen Grenzen wiederum ermöglicht dem Individuum, über den „Zwischenschritt“ der Fremdkontrolle Selbstkontrolle zu erlangen.

Ein drittes psychisches Grundbedürfnis sieht Grawe in dem Streben nach *Selbstwerterhöhung*, dem Bedürfnis, eine positive Stellungnahme zu der eigenen Person mit den entsprechenden Emotionen Freude und Stolz zu erreichen.

Das Streben nach *Lustgewinn und Unlustvermeidung* kennzeichnet das vierte Grundbedürfnis: Hiermit wird das Bedürfnis bezeichnet, Erfahrung oder Reizzustände, nachdem diese als gut (angenehm) oder schlecht (unangenehm) bewertet wurden, entweder aufzusuchen oder zu vermeiden. Im Falle einer positiven Bewertung werden positive Emotionen und Annäherungsverhalten aktiviert (Aktivation des „Annäherungssystems“ einer Person), im Falle negativer Bewertung werden aversive Emotionen sowie Vermeidungsverhalten akti-

viert (Aktivation des „Vermeidungssystems“ einer Person). Das Bedürfnis nach Spiel, Spontanität und Selbstausdruck, welches Young benennt, wäre hier unter Lustgewinn einzuordnen.
Als diesen vier Grundbedürfnissen übergeordnet fasst Grawe ein sog. *„Konsistenzstreben“*. Hiermit wird das Streben nach Passung und Widerspruchsfreiheit psychischer Inhalte bezeichnet, d.h. Menschen haben das Bedürfnis nach Konfliktfreiheit und damit Verstehbarkeit ihrer psychischen Erlebnisse sowie nach Kohärenz ihres Selbstmodells. Konsistenzerleben ist nicht möglich, wenn *Grundbedürfnisse nicht erfüllt* werden oder wenn *Konflikte zwischen Grundbedürfnissen* bestehen (z.B. Konflikte zwischen dem Streben nach Bindung bei einem gleichzeitigen Streben nach Autonomie: Hier kann der Betroffene die Erfüllung des einen Bedürfnisses als Bedrohung des jeweils anderen Bedürfnisses erleben).
Abbildung 1 stellt die angenommenen psychischen Grundbedürfnisse und das Konsistenzstreben grafisch dar.
Ist Konsistenzerleben nicht möglich, entsteht *Inkonsistenzspannung*. Inkonsistenzspannung wird als aversiv erlebt, entsprechend versucht das psychische System, Inkonsistenzspannung zu reduzieren. Eine Möglichkeit zur Reduktion von Inkonsistenzspannung besteht in der Ausbildung einer psychischen Symptomatik: Im Unterschied zu dem Aushalten permanenter Inkonsistenz und dadurch bedingter Hochspannung (z.B. im Rahmen einer permanenten Überforderungssituation im beruflichen Bereich bei Nicht-Passung zwischen Selbstkonzept und Umgebungsfeedback) kann die Ausbildung eines Symptoms (z.B. einer Angstsymptomatik) einen relativen Vorteil im Sinne eines (dysfunktionalen) Bewältigungsversuches darstellen. Das psychische System hat sich gewissermaßen durch die Ausbildung des Symptoms in einem spannungsärmeren Zustand im Sinne einer neuen „Ordnung“ stabilisiert.
Abbildung 2 stellt diesen möglichen Zusammenhang grafisch dar.
Berücksichtigt werden sollte jedoch, dass auch die Entwicklung psychischer Symptome und die Aufnahme eine Psychotherapie selber

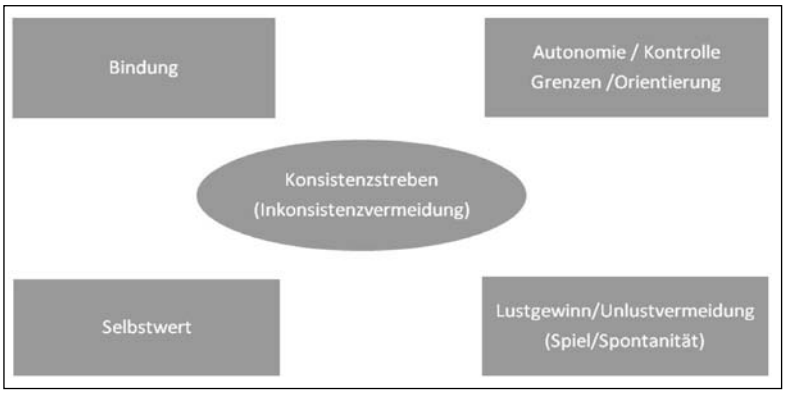


Abbildung 1: Psychische Grundbedürfnisse und Konsistenzstreben nach Grawe (1998; 2004)

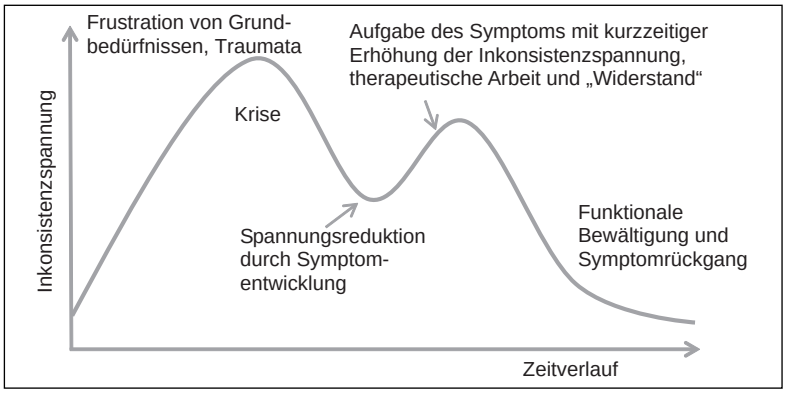


Abbildung 2: Frustration von Grundbedürfnissen, Ausbildung einer Krise und Symptomentwicklung als Funktion der Inkonsistenzspannung: Die Frustration von Grundbedürfnissen oder das Erleiden eines Traumas führt zu einem massiven Anstieg von Inkonsistenzspannung, die ihren Ausdruck in einer Krise findet, in welcher die aktuellen Bewältigungsfähigkeiten des Betroffenen überlastet sind. Als dysfunktionale Bewältigungsstrategie bildet sich ein Symptom heraus, welches zu einer Abnahme der Inkonsistenzspannung führt. Dieser relative Spannungsvorteil muss nun im Rahmen der Psychotherapie zunächst aufgegeben werden, um langfristig zu einer funktionalen Bewältigung und einem spannungsarmen Zustand zu gelangen.

Grundbedürfnisse frustrieren und Inkonsistenzen erzeugen können. So erleben Patienten durch die Ausbildung psychischer Symptome zumeist eine Verunsicherung ihres Selbsterlebens und möglicherweise ihrer Sicht auf die Welt („Ich hätte nie gedacht, dass ich einmal solche Panik entwickle. Ich war doch sonst immer stark und habe alles hinbekommen!“). Patienten mit einer Angststörung können so z.B. durch das angstbezogene Vermeidungsverhalten eine Frustration ihres Bedürfnisses nach Autonomie und Kontrolle erleben, das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung wird durch das Erleben des Selbst als schwach und angstvoll nicht hinreichend erfüllt, die Aktivierung des Vermeidungssystems führt zu anhedonischen Emotionen und Vermeidungsverhalten. Das Erleben der Symptomatik ist entsprechend mit Leid und Inkonsistenz (Inkonsistenz zum Selbstbild einer starken und „gesunden“ Person) verbunden. Im Vergleich mit dem Aushalten der starken Inkonsistenzspannung vor Entwicklung der Symptomatik kann dieses Erleben jedoch vorteilhaft und weniger spannungsreich sein und somit die Aufrechterhaltung der Symptomatik bedingen.

2. Symptom- versus personen- und hintergrundorientierte Behandlungsstrategien

Basierend auf der Überlegung, dass psychische Symptome oft einerseits Folge einer überdauernden Frustration psychischer Grundbedürfnisse sind und eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie erlebter Inkonsistenzen darstellen, andererseits ihrerseits zu einer weiteren Frustration der Grundbedürfnisse beitragen können, ergeben sich grundlegende Überlegungen für die Anwendung symptomorientierter und person- und hintergrundorientierter Behandlungsstrategien im Rahmen der ambulanten Verhaltenstherapie.
Grundsätzlich sollten sowohl symptomorientierte als auch person- bzw. hintergrundorientierte Behandlungsstrategien mit dem Ziel zur Anwendung kommen, den Patienten bei einer *angemessenen Erfüllung der Grundbedürfnisse* zu unterstützen und so die Inkonsistenzspannung zu reduzieren.
Zu Beginn jeder Behandlung ist hierfür zunächst eine genaue Diagnostik mit der Erfassung der relevanten Symptomatik notwendig, damit die Einbeziehung sämtlicher Informationen gewährleistet und eine fachgerechte Diagnose nach ICD-10 sichergestellt ist. Die Diagnosestellung und die daran anknüpfende transparente Behandlungsplanung erhöhen auch für den Betroffenen das Erleben von *Orientierung und Kontrolle* („Ich bin nicht verrückt – ich habe eine (z.B.) Angststörung. Diese Störung lässt sich mit dieser Therapie gut behandeln."). Die Leitfrage, die sich hier dem diagnostizierenden Psychotherapeuten stellt, ist die Frage nach dem „Störungstypischen" der Erkrankung dieses Patienten (Was an der Symptomatik und Psychopathologie, der Entstehung, des Erstauftritts, der Aufrechterhaltung (insbesondere im Sinne von Teufelskreisen) und dem Verlauf ist paradigmatisch für das Vorliegen z.B. einer Angststörung?). Oder umgangssprachlich formuliert: Sowohl Patient als auch Therapeut wollen und müssen wissen, „was mit dem Patienten los ist, welche Erkrankung er genau hat".
Im Rahmen personenorientierter Überlegungen bedarf die Behandlung ebenso einer genauen Analyse der individuellen Bedingtheiten und „Gewordenheit" des jeweiligen Patienten. Die Entstehung, der Erstauftritt und die Aufrechterhaltung einer psychischen Störung lassen sich dabei fast immer als individuelle Antwort auf eine bestimmte biografisch-systemische Problemkonstellation verstehen (Symptom als individuelle Bewältigungsstrategie zur Reduktion von Inkonsistenzspannung). Die hier relevante Leitfrage ist die Frage nach dem „Individuellen" der Erkrankung (Warum hat genau dieser Patient zu diesem Zeitpunkt diese Störung(en) entwickelt? Was sind die individuellen Besonderheiten in der Entstehung, dem Verlauf und der Ausprägung?). Die Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells stellt einen entscheidenden Schritt im Therapieprozess dar und trägt zu

Klärung und Orientierung und damit auch schon zur Reduktion von Inkonsistenzerleben bei. Dem Patienten wird zunehmend plausibler und verständlicher, warum und vor welchem Hintergrund er welche Symptome entwickelt hat.

Ein solches *individuelles Störungsmodell* bildet dann die Basis für weitere Therapieentscheidungen: Je nach individueller Bedingtheit kann trotz gleicher Symptomatik (und entsprechend gleicher Diagnose) bei einem Patienten ein primär störungsorientiertes Vorgehen indiziert sein, während die Therapie eines anderen Patienten ein primär personen- und hintergrundorientiertes Vorgehen erfordert.

Wird auf Basis des Störungsmodells die *Entscheidung für eine primär symptomorientierte Behandlung* getroffen, müssen auch bei der symptomorientierten Arbeit personen- und hintergrundbezogene Faktoren mitberücksichtigt werden. So ist es z.B. zentral, symptomorientierte Strategien in Bezug auf ihre Akzeptanz durch den Patienten, im Hinblick auf Behandlungsmotivation, Ressourcen, Bedürfnisse, Selbstbild, im Hintergrund liegende Persönlichkeitsfaktoren und bestimmte kognitiv-emotionale Schemata anzupassen. Auch sollten die therapeutische Beziehungsgestaltung und die strategische Therapieplanung unter Berücksichtigung dieser Faktoren reflektiert und ggf. angepasst werden. Ähnlich wie die Symptomatik im Verlauf einer Therapie fortlaufend reflektiert wird, sollte auch das individuelle Störungsmodell des Patienten überprüft werden (Stimmen die eingangs formulierten Hypothesen zu den individuellen Bedingtheiten noch? Was muss ergänzt, was verändert werden?). Je nach Anpassung des individuellen Störungsmodells im Therapieverlauf kann eine wiederholte Änderung der Behandlungsstrategie indiziert sein.

Im Rahmen symptomorientierter Arbeit erleben Patienten durch die erfolgte Symptomreduktion fast immer eine Erhöhung des Erlebens von *Autonomie/Kontrolle* im Sinne einer Erhöhung des Selbstwirksamkeitserlebens („Ich kann selber etwas gegen die Symptomatik tun“) sowie daraus resultierend eine Erhöhung des *Selbstwertes*. Entscheidend im Therapieverlauf ist es, die Förderung von Autonomie in eine ausgewogene und dialektische Balance zu einem Angebot an *Bindung* zu dem Therapeuten zu stellen. Ist auch die Förderung von Eigenständigkeit und Autonomie letztliches Ziel der Therapie, kann auf dem Weg zur Zielerreichung eine vorübergehende Intensivierung des Bindungsangebotes an den Patienten notwendig sein (Vermittlung von Halt und Stabilität, bevor der Patient autonome Schritte zulassen kann) (siehe Zarbock, 2008).

Wird aufgrund des Störungsmodells die *Entscheidung für ein personenorientiertes Vorgehen* getroffen, und wird zunächst auf die Anwendung störungsspezifischer Interventionen verzichtet, ist es unumgänglich, die Entwicklung der primären Symptomatik regelhaft zu evaluieren. War die Wahl des Behandlungsfokus richtig, sollte sich die primäre Symptomatik reduzieren. Die Wahl einer personen- und hintergrundorientierten Strategie kann unter verschiedenen Gesichts-

punkten indiziert sein: Zum einen erscheinen nicht selten Patienten in der psychotherapeutischen Praxis, welche bereits eine oder mehrere erfolglose Vorbehandlungen mit Symptomfokus hatten. Wurden diese symptomorientierten Vorbehandlungen fachgerecht durchgeführt und kam es zu keiner zufriedenstellenden Symptomreduktion, sollten mögliche im Hintergrund liegende Funktionalitäten und Schemaaktivierungen sorgfältig herausgearbeitet und zunächst eine Entscheidung für eine Therapie „am Symptom vorbei" getroffen werden. Auch bei Patienten, welche vielfältige, möglicherweise wechselnde Symptome zeigen oder im Hintergrund eine Persönlichkeitsstörung aufweisen, kann die Wahl einer personen- und hintergrundorientierten Strategie hilfreich sein.

Abbildung 3 zeigt die im Text dargestellte Behandlungsdialektik bezogen auf symptom- und person- und hintergrundorientierte Behandlungsstrategien.

Wie oben bereits dargestellt, ist die Basis für symptom- oder personenorientierte Therapieentscheidungen immer das individuelle Störungsmodell des Patienten mit seinen jeweiligen Entstehungs-, Erstauftritts- und Aufrechterhaltungsbedingungen der Symptomatik. Weiterhin ist die Entscheidung von dem expliziten Therapieauftrag des Patienten, seinen konkreten Therapiezielen und seiner Therapie- und Änderungsmotivation abhängig. Lassen sich im Rahmen der Arbeit am Störungsmodell übergreifende Verhaltens- und Erlebensmuster identifizieren, welche der primären Symptomatik zugrunde liegen, macht es Sinn, direkt an diesen übergeordneten Mustern zu arbeiten. In den einzelnen störungsspezifischen Repetitorien sind diese – insbesondere schematherapeutischen – Interventionen stets am Ende

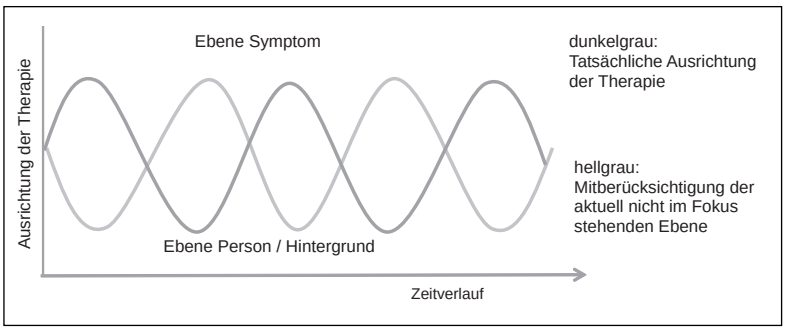


Abbildung 3: Zweistrangigkeit der Therapie sowie Behandlungsdialektik. Zu einem Zeitpunkt der Behandlung ist entweder die Personen-/Hintergrundebene oder die Symptomebene im manifesten Fokus der Therapie. Die jeweils andere Ebene wird jedoch stets "mitgedacht". Im zeitlichen Verlauf der Behandlung kommt es – in Abhängigkeit von dem jeweiligen Störungsmodell des Patienten, dem Behandlungsfortschritt und der therapeutischen Beziehung – zu flexiblen Wechseln zwischen den Ebenen.

zusammengefasst. Da es sich hierbei um generelle, störungsübergreifende Strategien handelt, ähneln sich diese Passagen in den einzelnen Störungsrepetitorien, sind dort aber der Vollständigkeit halber stets mit aufgeführt.
Sowohl bei der Wahl eines symptomorientierten als auch eines personenorientierten Vorgehens ist die Berücksichtigung des Bedürfnisses nach *Lustgewinn und Unlustvermeidung* unumgänglich: Eine Therapie, welche einseitig anhedonische Erlebnisse hervorruft und fokussiert (z.B. im Rahmen einer einseitigen Expositionsbehandlung), berücksichtigt dieses Grundbedürfnis nicht. Hilfreicher ist es, unlustvolle Zustände im Rahmen aktivierter Ressourcen zu bearbeiten (Grawe, 2004).

3. Komorbiditäten und Hierarchisierung von Störungsbildern

Psychische Störungen lassen sich oft – wie bereits dargestellt – als dysfunktionale Bewältigungsversuche erlebter hoher Inkonsistenz im Rahmen einer erheblichen Frustration eines oder mehrerer Grundbedürfnisse verstehen.
Welche psychische Störung hierbei konkret ausgebildet wird, kann – zumindest im Rahmen nachträglicher Erklärungsversuche – dabei durch die Analyse der individuellen *Vulnerabilitäts-Belastungs-Interaktion* des jeweiligen Patienten verständlich werden.
Vulnerabilitätsfaktoren lassen sich dabei grob nach Persönlichkeits- und Temperamentsfaktoren (z.B. die „Big Five" der Persönlichkeit), genetischen Vorprägungen (z.B. spezifischen psychischen Erkrankungen in der Familienanamnese), lerntheoretischen Modellen (z.B. Modelllernen bezüglich dysfunktionaler Bewältigungsmechanismen, unzureichender Affektregulation und psychischer Störungen) und in validierenden bis hin zu traumatischen Lebenserfahrungen unterscheiden. Wie in den nachfolgenden Kapiteln deutlich werden wird, kann ein Großteil der im Hintergrund liegenden Vulnerabilitätsfaktoren unterschiedliche psychische Störungen begründen (störungsunspezifische Vulnerabilitätsfaktoren). So kann z.B. eine im Hintergrund vorliegende Übererregbarkeit und emotionale Labilität in Assoziation mit einem negativen Selbstwertgefühl sowohl die Ausbildung z.B. einer Angststörung als auch einer Depression begründen. Ein weitaus kleinerer Anteil der Vulnerabilitätsfaktoren dürfte hingegen störungsspezifisch sein. Entscheidend für die Entstehung einer spezifischen psychischen Erkrankung ist zumeist die individuelle Interaktion zwischen Vulnerabilitätsfaktoren und aktuellen Belastungsfaktoren zum Zeitpunkt des Erstauftritts der Erkrankung.[2]

[2] Bei chronischen Verläufen von psychischen Erkrankungen mit Beginn in Kindheit und Jugend lässt sich oft kein zeitlich genau zu bestimmender Erstauftritt benennen. In

Psychische Störungen treten zumeist nicht isoliert auf, häufiger ist das Vorliegen komorbider Störungen. Hier können *Komorbiditäten*, die Terminologie des DSM-IV zu Grunde gelegt, sowohl zwischen verschiedenen Störungen der Achse-I (sog. symptomatische Störungen) vorliegen als auch zwischen Störungen der Achse-I und der Achse-II (sog. Persönlichkeitsstörungen). Das gemeinsame Auftreten der komorbiden Störungen lässt sich häufig durch „hinter" den Störungen liegende, *übergeordnete Defizite und Exzesse* auf den verschiedenen Ebenen der Wahrnehmung, der Kognition, der emotionalen Verarbeitung und des Verhaltens erklären. Beispielsweise können sowohl eine depressive Störung als auch eine komorbid vorliegende Angststörung auf Seite der Defizite durch Defizite der Gefühlswahrnehmung und -differenzierung, Defizite der sozialen Kompetenzen und Selbstwerteinbußen sowie (auf Seite der Exzesse) durch exzessives Grübeln und klagsames Verhalten begründet sein. Aufgrund der deskriptiven Orientierung der Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV) lassen sich die einzelnen Störungen dennoch voneinander abgrenzen. Hinsichtlich der Ätiologie der Störungen und der innerpsychischen Mechanismen ist eine Abgrenzung jedoch nicht immer möglich.

Treten komorbide Störungen auf, so sollte versucht werden, auf Basis des individuellen Störungsmodells Aussagen über *funktionale Zusammenhänge* der Störungen zu treffen. Hilfreich für diese Zuordnung ist die Berücksichtigung von Zeitverläufen: Lässt sich anhand der Krankheitsanamnese ermitteln, dass eine psychische Störung einer anderen zeitlich vorangestellt ist (z.B. zunächst Ausbildung einer Angststörung, dann Ausbildung einer Depression), und kann eine plausible funktionale Beziehung der beiden Störungen ermittelt werden (Ausbildung der Depression aufgrund des Verstärkerverlusts durch die Angststörung), so sollte in diesem Fall die Angststörung als primäre Störung gefasst werden. Die Depression ist hier lediglich Folge der Angststörung, demnach eine sekundäre Störung. Auf die Behandlungsplanung hat diese Zuordnung direkten Einfluss: Es bietet sich an, mit der Behandlung der primären Störung zu beginnen, die sekundäre Störung sollte sich dann mit Rückgang der primären Symptomatik reduzieren, da ihr die „funktionale Energie" entzogen wird. Hat sich die sekundäre Störung zusätzlich über störungsinhärente Teufelskreise stabilisiert, ist eine symptomorientierte Mitbehandlung der sekundären Störung zusätzlich indiziert, um den etablierten Teufelskreis zu unterbrechen. Eine ähnliche Komorbidität mag bei einem

diesem Fall wirken dann meist aversive Umfeldbedingungen mit entsprechenden Vulnerabilitäten schon seit Geburt oder Kleinkindalter zusammen. Beispiel wäre hier ein Kind, das als Frühgeburt in ein Mangelmilieu mit Armut, häuslicher Gewalt und Suchtproblemen der Eltern hineingeboren wird und quasi schon "von Anfang an" mit Regulationsstörungen auffällt und auch im weiteren Entwicklungsverlauf kontinuierlich auffällig bleibt.

zweiten Patienten vollständig anders funktional begründet sein: So ist es denkbar, dass sich z.B. bei einem parallelen Vorliegen einer Angststörung und einer Depression die Depression als primäre Störung herausstellt: Die Angststörung kann in diesem Fall die Funktion haben, das vollständige Erleben der primären Depression zu vermeiden. In diesem Fall würde eine reine Behandlung der Angstsymptomatik aufgrund der vorliegenden Funktionalität mit großer Wahrscheinlichkeit nicht zu einer erfolgreichen Behandlung führen. Lassen sich durch eine symptomorientierte Angstbehandlung die Angstsymptome reduzieren, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit die im Hintergrund liegende depressive Symptomatik deutlicher werden und sollte entsprechend behandelt werden.
Neben funktionalen Beziehungen und Zeitrelationen zwischen komorbiden Störungen lassen sich auch *Hierarchisierungen* zwischen psychischen Symptomen hinsichtlich ihrer Zuordnung zu übergeordneten Syndromen oder Störungen treffen. So werden z.B. Zwangs- oder Angstsymptome, welche in ihrem Ausmaß die Vergabe einer entsprechenden Diagnose an sich rechtfertigen würden, bei dem Vorliegen einer schizophrenen Störung unter diese Störung subsummiert – Angst- und Zwangssymptome werden in diesem Fall als Ausdruck der Schizophrenie (z.B. als dysfunktionale Bewältigung der durch die Schizophrenie erlebten Inkonsistenzen) gefasst. In den Klassifikationssystemen finden sich hierzu in den Ausschlusskriterien der einzelnen Störungsbilder Angaben, in welchen Fällen Diagnosen trotz Vorliegen zentraler Störungscharakteristika nicht zu vergeben sind.

4. Behandlungsplanung

Grundsätzlich basieren Behandlungsplanung und Therapieentscheidungen auf dem individuellen *Störungsmodell* des jeweiligen Patienten. Berücksichtigt und evaluiert werden sollte dabei während der Therapie fortlaufend, mit welcher Behandlungsstrategie welches Behandlungsziel verfolgt wird, welche Grundbedürfnisse des Patienten frustriert und erfüllt werden und welchen Effekt die Anwendung der jeweiligen Strategie auf die Symptom- und Hintergrundziele des Patienten hat.
Häufig stellt sich nach der Erarbeitung eines individualisierten Störungsmodells und nach der Konkretisierung der Therapieziele die Frage, in welcher *zeitlichen Abfolge* die für die Zielerreichung gewählten Behandlungsstrategien zur Anwendung kommen sollten. Hilfreich kann eine Orientierung entlang der folgenden Gesichtspunkte sein:
Zu Beginn und im Fokus der Behandlung sollte diejenige Störung oder das Symptom stehen, welches das größte Ausmaß an *Selbst- oder Fremdschädigung* bedingt oder in hohem Ausmaß die weitere

Psychotherapie gefährdet *(therapieschädigendes Verhalten)*. Auch bietet es sich im Falle von Komorbiditäten zumeist an, eine primäre und hierarchisch übergeordnete Störung vorrangig zu behandeln, um sekundären und untergeordneten Störungen „funktionale Energie" zu entziehen. Ein weiteres Kriterium für Therapieentscheidungen ist das Ausmaß *lang- und mittelfristiger negativer Auswirkungen* (z.B. gesundheitlicher und sozialer Folgen) für den Patienten. Mitberücksichtigt werden sollte zudem das Ausmaß an *Veränderungswahrscheinlichkeit* der Symptomatik: Es kann durchaus sinnvoll sein, insbesondere zu Beginn einer Therapie den Behandlungsfokus so zu wählen, dass Erfolgserlebnisse maximiert werden, um so die Therapiemotivation auch für weitere (und möglicherweise grundlegendere) Behandlungsschritte zu erhöhen. Auch die *subjektiven Therapieziele* des Patienten stellen einen zentralen Faktor für die Therapieplanung dar. Hier gilt es, eine dialektische Balance zu finden zwischen der Orientierung am therapeutischen Auftrag des Patienten und Berücksichtigung dessen Selbstbestimmung bei einer gleichzeitigen Berücksichtigung des individuellen Störungsmodells und der hieraus abgeleiteten Behandlungsplanung.

Bestehen Komorbiditäten zu *Persönlichkeitsakzentuierungen* oder -störungen, so ist es in der Regel indiziert, im Behandlungsplan zunächst die Störungen der Achse I zu berücksichtigen, da diesbezüglich zumeist ein höheres Ausmaß an Störungseinsicht und Änderungsbereitschaft besteht. Jedoch sollten auch im Rahmen der symptomorientierten Therapie Persönlichkeitsvariablen mitberücksichtigt und Reaktionen des Patienten auf symptomorientierte Interventionen (z.B. Gibt es einen „Reaktionsbias" durch übergreifende Erlebens- und Verhaltensmuster? Welche Interventionen oder Veränderungen werden für einen Patienten mit dieser Persönlichkeitsstruktur nur schwer tolerabel sein?) entsprechend zugeordnet werden. Komorbiditäten können in entsprechender Weise auch zwischen Persönlichkeitsakzentuierungen oder -störungen auftreten. Zur Komplexitätsreduktion ist es in diesem Fall hilfreich, *zentrale Lebensthemen* oder *kognitiv-emotionale Schemata* des Patienten herauszuarbeiten und die Therapie an diesen individualisiert zu orientieren.

Auch eine Therapie, welche sich am individuellen Störungsmodell des Patienten orientiert und eine detaillierte Analyse der Störungsbedingungen der Durchführung der einzelnen Interventionen voranstellt, bedarf einer stetigen Reflexion und eventuellen Neuanpassung von Störungsmodell und entsprechenden therapeutischen Interventionen. Reflektiert werden sollte fortlaufend, welche therapeutische Intervention welche Auswirkungen auf die Ausprägung einzelner Symptome und funktionaler Störungsbedingungen hat.

Erfolgreiche Psychotherapie lässt sich so als ein fortlaufender diagnostisch-therapeutischer Zirkel mit den langfristigen Zielen der Symptomreduktion und Störungsbeseitigung sowie der Etablierung von Veränderungen im Erleben und Verhalten, welche langfristig eine ver-

besserte Erfüllung psychischer Grundbedürfnisse ermöglichen, verstehen.

Literatur

Bowlby, J. & Ainsworth, M.D. (2005). Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. 5. Auflage. München: Reinhardt.

Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L.A. Pervin (Ed.), Handbook of personality: Theory and research (pp. 165-192). New York: Guilford Press.

Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Zarbock, G. (2008). Praxisbuch Verhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie. Lengerich: Pabst.

Teil II: Störungsspezifische Behandlungsstrategien

Behandlungsrepetitorium depressive Störungen

Das Repetitorium stellt Basiswissen über depressive Störungen bereit. Es umfasst dabei sowohl Informationen zum Erscheinungsbild der Störungen, zur Ätiologie (Störungsmodell) als auch zur Diagnostik. Schwerpunktmäßig ist das Repetitorium auf die Behandlung der Depression ausgerichtet, berücksichtigt werden zudem die Behandlung komplizierter Trauer sowie die Therapie chronischer Depression.
Die Darstellung der Behandlung folgt dabei dem Therapieverlauf und ist nach Behandlungsbeginn, zentraler Therapiephase und Therapiebeendigung unterschieden.
Für die verschiedenen Behandlungsphasen und -schritte sind – wo immer sinnvoll – hilfreiche Strategien und „Don'ts" aufgeführt sowie Checklisten zur Überprüfung der relevanten Behandlungspunkte angegeben.
Für die zentrale Therapiephase sind sowohl primär kognitiv-behaviorale Interventionen der Symptombehandlung als auch stärker hintergrundorientierte (biografisch-systemische und schematherapeutische) Strategien dargestellt.

1. Arten und Diagnostik depressiver Störungen

Die praktische Arbeit mit depressiv erkrankten Patienten zeigt, dass depressive Symptome äußerst *vielschichtig* sind. Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, können entsprechend sehr unterschiedliche (möglicherweise auch primär somatische) Symptome als im Vordergrund stehend beschreiben und in ihrem Interaktionsverhalten stark variieren.
Trotz dieser Variabilität im Erscheinungsbild einer Depression kennzeichnen kardinale Symptome der Depression die einzelnen Unterformen depressiver Störungen.
Im Folgenden werden die Unterformen depressiver Störungen entsprechend ihrer Diagnosekriterien gemäß ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010) einzeln dargestellt.

1.1 Unterformen depressiver Störungen

Generell werden depressive Episoden (ICD-10: F32), rezidivierende depressive Störungen (ICD-10: F33) sowie anhaltende affektive Störungen (Dysthymie, ICD-10: F34.1) unterschieden. Zusätzlich können depressive Symptome bei verschiedenen anderen Krankheitsbildern auftreten (z.B. im Rahmen bipolarer Störungen oder schizoaffektiver Störungen), von welchen depressive Störungen differentialdiagnostisch abzugrenzen sind (siehe Kapitel 1.5).

1.1.1 Depressive Episode (ICD-10: F32)

Eine depressive Episode ist primär durch eine *Symptomtrias* bestehend aus
– gedrückter Stimmung
– Interessen- und Freudverlust
– Verminderung des Antriebes
gekennzeichnet.

Die gedrückte Stimmung als ein Kardinalsymptom der Depression ist dabei zeitstabil. Die weiteren vorliegenden Symptome können sehr heterogen sein und betreffen sowohl motorische, kognitive, emotionale als auch physiologische Verhaltens- und Erlebensebenen.
Häufige weitere Symptome einer Depression sind: Ermüdbarkeit, Defizite von Konzentration und Aufmerksamkeit, Verminderung des Selbstwerterlebens, Schuldgefühle und Wertlosigkeitserleben, negative und pessimistische Zukunftsgedanken, Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen), Störungen von Appetit und sexuellem Verlangen. Psychomotorisch kann entweder eine deutliche Hemmung oder Agitiertheit vorliegen (siehe Dilling et al., 2010)
Für jede depressive Episode gelten folgende generelle diagnostische Kriterien:
– Dauer der depressiven Episode mindestens 2 Wochen (G1)
– Keine manischen oder hypomanischen Episoden (F30) in der Vergangenheit (G2)
– Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) oder auf eine organische psychische Störung im Sinne des Abschnittes F0 zurückzuführen (G3)

Somatisches Syndrom
Für jede depressive Episode kann das zusätzliche Vorliegen eines *„somatischen Syndroms“* angegeben werden. Ein somatisches Syndrom sollte diagnostiziert werden, wenn *mindestens vier* der folgenden Symptome vorliegen:

1. Deutlicher Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten;
2. Mangelnde Fähigkeit, auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, auf die normalerweise reagiert wurde;
3. Früherwachen, zwei Stunden oder mehr vor der gewohnten Zeit;
4. Morgentief;
5. Objektivierter Befund einer ausgeprägten psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit (beobachtet oder von anderen berichtet);
6. Deutlicher Appetitverlust;
7. Gewichtsverlust (5% oder mehr des Körpergewichtes im vergangenen Monat);
8. Deutlicher Libidoverlust.

(Dilling et al., 2010, S. 150)

Depressive Episoden werden in Abhängigkeit von der Anzahl der erfüllten Kriterien in *leichte, mittelgradige oder schwere Episoden* unterschieden.

Leichte depressive Episode (F32.0)
In einer leichten depressiven Episode sind die generellen Kriterien der Depression (G1-G3) erfüllt, zusätzlich liegen *mindestens zwei der drei Hauptsymptome* sowie *mindestens zwei der sieben zusätzlichen Symptome* vor. Betroffene mit einer leichten depressiven Episode zeigen sich beeinträchtigt, sind aber zumeist in der Lage, die meisten ihrer sozialen, beruflichen sowie Alltagsaktivitäten zu bewältigen (Dilling et al., 2010).

Diagnostische Kriterien nach ICD-10:

A	Die allgemeinen Kriterien für eine depressive Episode (F32) sind erfüllt.
B	Mindestens zwei der folgenden drei Symptome liegen vor (Hauptsymptome): 1. Depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend; 2. Interessen- oder Freudverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren 3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
C	Mindestens zwei der folgenden Symptome: 1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühles; 2. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle; 3. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid, suizidales Verhalten; 4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit; 5. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv); 6. Schlafstörungen jeder Art; 7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung.

(siehe auch Dilling et al., 2010, S.151)

Das Vorliegen eines somatischen Syndroms kann mitkodiert werden (F32.00 = leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom; F32.01= leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom).

Mittelgradige depressive Episode (F32.1):
Um die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode zu rechtfertigen, müssen *mindestens zwei der drei* Hauptsymptome (B) und *mindestens drei (besser vier)* der anderen Symptome (C) vorliegen. Einige der Symptome sind in ihrem Schweregrad besonders ausgeprägt, oder es ist durchgängig ein besonders weites Spektrum an Symptomen vorhanden. Ein Betroffener kann nur unter erheblichen Schwierigkeiten seine sozialen, häuslichen und beruflichen Aktivitäten fortsetzen (Dilling et al., 2010).

Diagnostische Kriterien nach ICD-10:

A	Die allgemeinen Kriterien für eine depressive Episode (F32) sind erfüllt.
B	Mindestens zwei der drei B-Symptome von F32.0 (leichte depressive Episode) sind erfüllt (Depressive Stimmung, Interesse/Freudverlust, Antriebsstörung)
C	Zusätzliche C-Symptome von F32.0, bis zu einer Gesamtzahl von mindestens sechs Symptomen.

Auch hier kann wieder das Vorliegen eines somatischen Syndroms kodiert werden.

Schwere depressive Episode (F32.2; F32.3):
Schwere depressive Episoden lassen sich in schwere depressive Episoden mit (F32.3) oder ohne *psychotische Symptome* (F32.2) untergliedern.
Für das Vorliegen einer schweren depressiven Episode müssen *alle drei Hauptsymptome (B) vorliegen, zusätzlich müssen insgesamt mindestens acht* Symptome (Haupt- und zusätzliche Symptome B + C) vorliegen.
Aufgrund der komplexen Symptomatik wird auf eine zusätzliche Kodierung eines somatischen Syndroms verzichtet.

Diagnostische Kriterien nach ICD-10 (schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, F32.2):

A	Die allgemeinen Kriterien für eine depressive Episode (F32) sind erfüllt.
B	Alle drei Symptome von F32.0, B liegen vor (Depressive Stimmung, Interesse/Freudverlust, Antriebsstörung)
C	Zusätzliche Symptome von F32.0, C, so dass die Gesamtzahl aus B und C mindestens acht Symptome ergibt.
D	keine Halluzinationen, Wahn oder depressiver Stupor.

(Dilling et al., 2010, S. 152)

Diagnostische Kriterien nach ICD-10 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, F32.3):

A	Die allgemeinen Kriterien für eine depressive Episode (F32) sind erfüllt.
B	Die Kriterien für eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) sind, mit Ausnahme von Kriterium D, erfüllt.
C	Die Kriterien für eine Schizophrenie (F20.0 - F20.3) oder eine schizodepressive Störung (F25.1) sind nicht erfüllt.
D	Entweder 1. oder 2.: 1.*Wahnideen oder Halluzinationen* kommen vor, aber andere als die für F20.0-F20.3 als typisch schizophren aufgelisteten Kriterien, d.h. die Wahngedanken sind nicht bizarr oder kulturell unangemessen; bei den Halluzinationen handelt es sich nicht um Rede in der dritten Person oder kommentierende Stimmen. Am häufigsten sind depressiver, Schuld-, hypochondrischer, nihilistischer, Beziehungs- oder Verfolgungswahn. 2.*Depressiver Stupor*.

(Dilling et al., 2010, S. 153; Dilling & Freyberger, 2006, S. 131-133)

Weiter kann differenziert werden, inwiefern es sich bei den psychotischen Symptomen um synthyme oder um parathyme Symptome handelt.
Synthyme psychotische Symptome (F32.30) sind dabei psychotische Symptome, die inhaltlich-affektiv zu den anderen Symptomen der Depression passen (z.B. Schuldwahn, Wahn von Wertlosigkeit, körperlicher Krankheit, drohenden Katastrophen, spöttische oder verdammende akustische Halluzinationen).
Parathyme psychotische Symptome (F32.31) sind dagegen affektiv neutrale Inhalte (z.B. Verfolgungs- oder Beziehungswahn ohne affektiven Inhalt; affektiv neutrale Halluzinationen).

1.1.2 Rezidivierende depressive Störung (F33)

Hauptkriterium für eine rezidivierende depressive Störung ist das *wiederholte Auftreten depressiver Episoden*. Um die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung zu stellen, dürfen zu keinem Zeitpunkt unabhängige manische oder hypomane Episoden aufgetreten sein; in diesen Fällen wäre die Diagnose einer bipolaren Störung (I oder II) zu vergeben. Kurze Phasen leicht erhöhter Stimmung und des Antriebes (unmittelbar nach einer depressiven Episode oder im Rahmen einer antidepressiven Behandlung) sind jedoch möglich. Meist kommt es zwischen den einzelnen Episoden zu einer vollständigen Remission der Symptomatik (Dilling et al., 2010).

Diagnostische Kriterien:

G1	In der Anamnese findet sich wenigstens eine entweder leichte, mittelgradige oder schwere depressive Episode, die mindestens zwei Wochen anhielt mit einem Intervall von mindestens zwei Monaten ohne deutliche affektive Störung bis zur gegenwärtigen affektiven Episode.
G2	In der Anamnese keine Episode, die die Kriterien für eine hypomanische oder manische Episode erfüllt.
G3	Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) oder auf eine organische psychische Störung im Sinne des Abschnittes F0 zurückzuführen.

(Dilling et al., 2010, S. 155; Dilling & Freyberger, 2006, S. 134)

Eine rezidivierende depressive Störung lässt sich weiter – entsprechend den oben genannten Diagnosekriterien – nach der Schwere der aktuellen depressiven Episode unterscheiden (z.B. rezidivierende depressive Störung: gegenwärtig leichte Episode (F33.0)). Sind die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung in der Anamnese erfüllt, liegt aktuell jedoch keine depressive Episode vor, ist die Diagnose „rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4)“ zu geben.

1.1.3 Anhaltende affektive Störungen: Dysthymia

Unter anhaltenden affektiven Störungen werden im ICD-10 die Störungen der *Zyklothymia* (Zyklothymie, F34.0) und *Dysthymia* (Dysthymie, F34.1) (sowie sonstige und nicht näher bezeichnete anhaltende affektive Störungen) gefasst. Chronische Depressionen (Vollausprägung der depressiven Symptomatik über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren), wie unter Kapitel 6 beschrieben, werden im ICD-10 nicht gesondert kodiert.

Das Störungsbild der *Zyklothymie* ist durch eine andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden depressiver und leicht gehobener Stimmung gekennzeichnet, welche jedoch nicht ausgeprägt genug sind, um die Diagnose einer bipolaren Störung zu rechtfertigen.
Im Unterschied handelt es sich bei einer *Dysthymie* um eine chronische, mindestens zwei Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder hinreichend schwer noch – bezüglich einzelner Episoden – anhaltend genug ist, um die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen.

Diagnostische Kriterien (Dysthymia, F34.1)

A	Konstante oder konstant wiederkehrende Depression über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren. Dazwischenliegende Perioden normaler Stimmung dauern selten länger als einige Wochen, hypomanische Episoden kommen nicht vor.
B	Keine oder nur sehr wenige der einzelnen depressiven Episoden während eines solchen Zwei-Jahres-Zeitraums sind so schwer oder dauern so lange an, dass sie die Kriterien für eine rezidivierende leichte depressive Störung erfüllen.
C	Wenigstens während einiger Perioden der Depression sollten mindestens drei der folgenden Symptome vorliegen: 1. verminderter Antrieb oder Aktivität, 2. ausgeprägte Schlafstörungen, 3. Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit, 4. Konzentrationsschwierigkeiten, 5. sozialer Rückzug, 6. Verlust des Interesses oder der Freude an Sexualität und anderen angenehmen Aktivitäten, 7. verminderte Gesprächigkeit, 8. Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit, 9. erkennbares Unvermögen, mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden, 10. Neigung zum Weinen, 11. Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung

(Dilling et al., 2010, S. 161; Dilling & Freyberger, 2006, S. 140)

Eine Dysthymie kann zusätzlich zu einer depressiven Episode bestehen (sog. *„Double Depression"*). In diesem Fall erfüllt der Betroffene sowohl die Kriterien der Dysthymie als auch die Kriterien einer depressiven Episode.

1.2 Epidemiologie und Verlauf depressiver Störungen

Depressive Störungen zählen neben Angststörungen zu den *häufigsten psychischen Erkrankungen*. Die Punktprävalenz depressiver Störungen liegt bei 2-5%, die Lebenszeitprävalenz bei 3-18%, Punkt- und Lebenszeitprävalenz von Dysthymien liegen bei ca. 4% (DeJong-Meyer et al., 2007; Hautzinger, 1998; 2007). Die jährliche Inzidenzrate depressiver Erkrankungen liegt bei 1-2%. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass die Häufigkeiten in den letzten Jahren zugenommen haben und zunehmend auch jüngere Altersgruppen betroffen sind (Hautzinger, 1998; 2007). Das Ersterkrankungsalter hat sich in das jüngere Erwachsenenalter vorverlagert und liegt zwischen dem 18.-25. Lebensjahr (früher: 30.-40. Lebensjahr). Das Erkrankungsrisiko steigt hierbei für Mädchen und junge Frauen im Jugendalter/jungen Erwachsenenalter stärker an als für Jungen und junge Männer (DeJong-Meyer et al., 2007).
Im Durchschnitt sind *Frauen ca. doppelt so häufig* betroffen wie Männer, wobei sich mit zunehmendem Alter das Geschlechterverhältnis annähert (Duong-Meyer et al., 2007). Auch das Rückfallrisiko ist für weibliche Betroffene höher.
Der *Verlauf* depressiver Störungen zeigt eine große *interindividuelle Variation* (Hautzinger, 2007). Die durchschnittliche Länge einer depressiven Episode liegt bei ca. 5 Monaten, nach 6 Monaten hat sich in ca. drei Viertel der Fälle die depressive Symptomatik weitgehend zurückentwickelt (DeJong-Meyer et al., 2007; Haug & Ahrens, 2002). Weniger als die Hälfte der Patienten (42%) hat innerhalb eines 5-Jahres-Intervalls nach einer akuten depressiven Episode einen Rückfall (DeJong-Meyer et al., 2007), jedoch nehmen auch über 20% einen chronischen Verlauf (Boland & Keller, 2002, in DeJong-Meyer et al., 2007; Hautzinger, 1998). 15 % der aufgrund einer depressiven Erkrankung behandelten Patienten begehen Suizid (DeJong-Meyer et al., 2007; Hautzinger, 1998).
Allgemein zeigt sich, dass mit zunehmender Dauer einer depressiven Symptomatik die Wahrscheinlichkeit einer (raschen) Remission sinkt. *Ungünstige Verläufe* depressiver Störungen finden sich v.a. bei einer schweren Symptomatik, frühem Erkrankungsalter, mehreren depressiven Episoden in der Vorgeschichte, ungünstigen sozialen und familiären Bedingungen sowie bestehender Komorbidität mit anderen psychischen Störungen (z.B. auch Double Depression) (z.B. DeJong-Meyer et al., 2007).

1.3 Diagnostikinstrumente

Verschiedene Diagnostikinstrumente stehen zur Diagnostik einer Depression zur Verfügung. Vorrangig ist zunächst die Exploration der

Symptomatik im therapeutischen Kontakt; eingesetzt werden können zudem verschiedene Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente.
Wie bei jeder Diagnostik ist hier eine *Kosten-Nutzen-Abwägung* vorzunehmen: Einerseits ist ein gewisses Maß an Diagnostik erforderlich, um relevante Informationen zu erhalten, dem Patienten ein Äußerungsmedium (auch jenseits des Gespräches) zu bieten und Sicherheit über die Sorgfalt des therapeutischen Vorgehens zu geben. Andererseits sollte berücksichtigt werden, dass ein „Zuviel" an Testdiagnostik auf Patienten abschreckend wirken, Behandlungsmotivation untergraben und den Aufbau der therapeutischen Beziehung gefährden kann.
Im Erstgespräch ist es angezeigt, die Symptombereiche in Anlehnung an die ICD-10 Kriterien zu erfragen und einen psychopathologischen Befund zu erstellen. Auch die Verhaltensbeobachtung liefert wichtige diagnostische Information (Stimmlage, Mimik, Körperhaltung, körperlicher Zustand (modisch gekleidet, geschminkt?)). An einer beispielhaften Situation kann durch gezielte Exploration eine erste Mikroanalyse erstellt werden. Entscheidend ist zudem, depressive, manische oder hypomanische Episoden in der Vorgeschichte zu erfragen.
Eine *SKID-I-Diagnostik* als strukturiertes Interview dient der weiteren Exploration der Symptomatik, dem Erfassen möglicher Komorbiditäten (s.u.) und der differentialdiagnostischen Abklärung (s.u.). Im Rahmen einer SKID-II-Diagnostik können zudem mögliche Persönlichkeitsakzentuierungen/-störungen erfasst werden.
Im Rahmen verschiedener Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente lässt sich die depressive Symptomatik weiter spezifizieren.
Das *BDI/BDI-2* (Beck Depression Inventar, Beck et al., 1961; dt.: Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) stellt hierbei das international gebräuchlichste Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer Depression (nicht zur Diagnostik einer Depression) dar. 21 Items erfragen hier anhand einer 4-stufigen Skala typische Verhaltens- und Erlebensdimensionen im Beurteilungszeitraum der letzten zwei Wochen.
Das gebräuchlichste Fremdbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere einer Depression stellt die *HAMD* (Hamilton Depression Scale, Hamilton, 1960; dt.1995) dar. Je nach Version umfasst die HAMD 17, 21 oder 24 Items, in der deutschen Fassung 14 Items, welche anhand einer 3- bis 5-stufigen Skala beurteilt werden.
Zur Verlaufsbeurteilung sowie als Screening eignet sich als Selbstbeurteilungsinstrument die *ADS* (Allgemeine Depressionsskala, Hautzinger & Bailer, 1993). Hier werden die depressiven Symptome anhand von 20 Items (4-stufige Skala) im Zeitraum der letzten Woche erfragt. Ein weiteres Verfahren zur Verlaufsbeurteilung (sowohl zur Selbst- als auch zur Fremdbeurteilung) stellt zudem die *IDS* (Inventar Depressiver Symptome, Rush et al., 1986; siehe auch Hautzinger,

2003) dar und erfragt mit Hilfe von 28 Items (4-stufige Skala) depressive Symptome im Verlauf der letzten Woche.

1.4 Komorbiditäten und Differentialdiagnostik

Komorbide Störungen liegen bei bis zu 75% der depressiven Störungen vor (Hautzinger, 2007). Komorbiditäten bestehen mit Angststörungen, Zwangsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch, Schlaf- und sexuellen Störungen, somatoformen Störungen, hirnorganischen und dementiellen Störungen (Hautzinger, 1998). Die häufigsten Komorbiditäten bestehen zu Angststörungen, zu substanzbedingten Abhängigkeiten sowie zu somatoformen Störungen (Hautzinger, 1998).
Depressive Erkrankungen scheinen hier in der Mehrzahl der Fälle (60-80%) sekundäre Störungen zu sein (Hautzinger, 1998).

Psychopathologische Differentialdiagnose
Die Darstellung der differentialdiagnostischen Überlegungen basiert auf den diagnostischen Kriterien der einzelnen Störungsbilder nach ICD-10 (Dilling et al., 2010). Ausführlicher dargestellt sind die differentialdiagnostischen Überlegungen z.B. in Hautzinger (2003), zudem in DeJong-Meyer et al. (2007).

Abgrenzung zu Bipolaren Störungen (F31)
Das Vorliegen von bipolar I (depressive und manische Phasen) und bipolar II-Störungen (depressive und hypomanische Phasen) wird bereits durch das Ausschlusskriterium G2 in den Diagnosekriterien depressiver Störungen ausgeschlossen, soll hier jedoch aufgrund der Gefahr einer Fehldiagnose noch einmal explizit erwähnt werden. Relevant für die Diagnosestellung ist hier die *Krankheitsanamnese*. Liegen manische oder hypomanische Episoden in der Vorgeschichte vor, schließt dies die Diagnose einer Depression aus und die Diagnose einer bipolaren Störung wird vergeben. Vereinbar mit der Diagnose einer Depression ist ein jedoch dezenter hypomanischer Nachschwang nach Remission einer depressiven Episode.

Abgrenzung zu Anpassungsstörungen (F43.2)
Depressive Symptome können ebenfalls im Rahmen einer Anpassungsstörung auftreten. Anpassungsstörungen sind dabei „Zustände subjektiven Leidens und affektiver Beeinträchtigung“, welche in Zusammenhang mit einer einschneidenden Lebensveränderung auftreten (Dilling et al., 2010). Typische auslösende Ereignisse wären hier z.B. Trauerfälle, Trennung, Berentung oder Emigration. Im Falle einer Anpassungsstörung wird davon ausgegangen, dass die Symptomatik ohne das Belastungsereignis nicht aufgetreten wäre. Die gezeigte

Symptomatik beginnt innerhalb eines Monats nach der Lebensveränderung und kann individuell stark variieren, häufig kommt es jedoch zu depressiver Stimmung, Angst und Besorgnis. Innerhalb der Anpassungsstörungen werden verschiedene Unterkategorien unterschieden, unter „Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21) wäre z.B. eine prolongierte, komplizierte („pathologische") Trauerreaktion zu fassen.

Abgrenzung zu einer akuten Belastungsreaktion (F43.0) oder posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1)
Sowohl eine akute Belastungsreaktion als auch eine posttraumatische Belastungsstörung stellen Reaktionen (entweder unmittelbar oder verzögert) auf ein Ereignis außergewöhnlicher Belastung dar. In beiden Fällen können depressive Symptome auftreten, welche jedoch in ein klinisches Mischbild mit diversen anderen Symptomen (z.B. Unruhe, Reizbarkeit, Vermeidung, Hypervigilanz, Erinnerungslücken oder Nachhallerinnerungen) eingebettet sind.

Abgrenzung zu einer Angst- und depressiven Störung, gemischt (F41.2)
Kriterium für diese Diagnose ist das parallele Vorliegen sowohl depressiver als auch angstbezogener Symptome, wobei die Symptome weder ausreichen, um die Diagnose einer tatsächlichen depressiven Störung noch einer Angststörung zu rechtfertigen.

Abgrenzung zu einer postschizophrenen Depression (F20.4)
Im Nachklang einer akuten schizophrenen Episode, in welcher einzelne schizophrene Symptome noch erfüllt sind, das Vollbild einer schizophrenen Episode jedoch remittiert ist, können die Kriterien für eine leichte depressive Episode erfüllt sein. In diesem Fall ist jedoch eine postschizophrene Depression (F20.4) zu diagnostizieren.

Abgrenzung zu einer schizoaffektiven (schizodepressiven) Störung (F25.1)
Schizoaffektive Störungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sowohl affektive (depressive oder manische) als auch schizophrene Symptome in derselben Krankheitsepisode auftreten. Insbesondere ist eine Depression mit psychotischen Symptomen von einer schizodepressiven Störung differentialdiagnostisch abzugrenzen. Wichtige Unterscheidungsmerkmale sind zum einen die zumeist stimmungskongruenten und weniger bizarren Wahninhalte im Rahmen einer psychotischen Depression, zum anderen die stärkere emotionale Verflachung und die parallel vorliegenden Denkstörungen im Rahmen der schizodepressiven Störung.

Abgrenzung zu dementiellen Erkrankungen (F00-03)
Hier bestehen Überschneidungen hinsichtlich verminderter Belastbarkeit, schnellerer Ermüdbarkeit sowie kognitiver Einschränkungen (v.a. Konzentrationsdefizite). Zudem beklagen depressive Patienten häufig Gedächtnisdefizite, so dass eine unzureichende Differentialdiagnostik zu Fehlurteilen in Richtung Demenz führen kann.
Unterscheidungsmerkmale bestehen darin, dass dementiell erkrankte Patienten objektivierbare Leistungseinbußen zeigen (v.a. im Bereich Gedächtnis, aber auch z.B. hinsichtlich ihrer Orientierung) und diese nicht lediglich beklagen, zudem zumeist wenig affektive Beteiligung hinsichtlich ihrer Defizite aufweisen. Defizite werden häufiger zu überspielen versucht, und es besteht eine Neigung zu Konfabulationen. Insgesamt erscheinen Patienten mit einer dementiellen Erkrankung deutlich hilfloser. Zudem nehmen dementielle Prozesse einen progredienten Verlauf, d.h., die Symptomatik verschlechtert sich zunehmend, während die subjektiven und leichteren objektivierbaren Einbußen im Rahmen einer depressiven Störung mit Remission der depressiven Symptomatik zurückgehen.

Somatische Differentialdiagnose
Bei der Abklärung möglicher organischer Ursachen für die depressive Symptomatik steht der (psychologische) Therapeut meist im Spannungsfeld folgender *Dialektik*:
Viele Patienten sind bereits umfänglich organisch untersucht worden. Dennoch ist der Psychotherapeut durch seine Sorgfaltspflicht vor der Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung möglicher organischer Ursachen der Symptomatik durch einen entsprechenden Facharzt (oft für Innere oder Allgemeinmedizin oder Neurologie) verpflichtet. In seltenen Fällen kann dann tatsächlich eine organische oder pharmakologische Ursache der Symptome gefunden werden. Mit der medizinischen Behandlung bzw. Veränderung der Medikamente remittiert in diesen Fällen dann auch die psychische Symptomatik. Insbesondere in Fällen, in denen der Therapeut den Patienten und die von ihm geschilderte Symptomatik als untypisch oder „merkwürdig“ erlebt (und z.B. bezüglich eines plausiblen Störungsmodells weitgehend ratlos bleibt), sollte der Psychotherapeut aktiv ein allgemeinärztliches, internistisches, neurologisches oder psychiatrisches Konsil suchen.
Andererseits sind aber zu viele und nur schwach durch empirisch gesicherte Befunde begründbare medizinische Untersuchungen nicht nur kostenintensiv, wenig ergiebig und verunsichern den Patienten, sondern können beim Patienten und den Behandlern sowie den Bezugspersonen auch organische Attributionen („es ist doch etwas noch nicht entdecktes Körperliches“) fixieren, die eine erfolgreiche Psychotherapie dann fast unmöglich machen können.
Ergibt sich durch die somatische Diagnostik tatsächlich ein grenzwertiger organischer Befund, welcher jedoch die psychische Symptoma-

tik nicht hinreichend erklären kann, sollte der Therapieverlauf um eine somatische Verlaufsdiagnostik ergänzt werden.
Auch im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung sollte der Therapeut die Möglichkeit einer organischen Symptomatik reflektieren. Generell gilt, dass der Psychotherapeut bei nicht hinreichendem Erfolg seiner Bemühungen immer auch eine nicht entdeckte organische Problematik erwägen sollte. Doch auch hier gilt die Dialektik: Wird zu schnell oder zu ausschließlich bei einem ungenügenden Erfolg von Psychotherapie an „Organisches" gedacht, vergibt man die Chance, durch genaue Fallanalyse, Supervision und Beratung mit dem Patienten doch noch die psychologischen Hindernisse erkennen und bewältigen zu können.
Verschiedene somatische Faktoren können Ursache der depressiven Symptomatik sein und sollten entsprechend medizinisch (bzw. labormedizinisch) abgeklärt werden.
Zum einen können Depressionen als *Nebenwirkung verschiedener Medikamente* auftreten. Eine Vielzahl von Psychopharmaka (z.B. Sedativa, Neuroleptika) kann als Nebenwirkung depressive Symptome auslösen, möglich ist zudem eine Auslösung depressiver Symptome durch blutdrucksenkende Medikamente (Hautzinger, 2003). Hier gilt es, eine sorgfältige Medikamentenanamnese vorzunehmen und Kontakt mit dem mitbehandelnden Facharzt des Patienten herzustellen. Zudem sollte eine Auslösung durch Alkohol und Drogen berücksichtigt werden (DeJong-Meyer et al., 2007).
Zudem können Depressionen als *Folge körperlicher Erkrankungen* auftreten. Körperliche Erkrankungen, die zu einer depressiven Entwicklung führen können, sind z.B. endokrinologische Störungen (z.B. Schilddrüsenunterfunktion), AIDS oder Tumorerkrankungen (Hautzinger, 2003; Sadock & Sadock, 2004).
Zudem sollte berücksichtigt werden, dass depressive Erkrankungen das Risiko für bestimmte körperliche Erkrankungen erhöhen können (z.B. arteriosklerotische Herzerkrankungen, vaskuläre Erkrankungen des ZNS, Asthma, Allergien, Diabetes mellitus oder Infektionserkrankungen; DeJong-Meyer et al., 2007).

1.5 Ätiologiemodelle

Ätiologiemodelle der Depression sind im Unterkapitel „Informationsgewinnung und Störungsmodell" für die Therapiephase des Behandlungsbeginns subsummiert. In diesem Unterkapitel werden die relevanten Faktoren der Entstehung, des Erstauftritts sowie der Aufrechterhaltung der Depression inklusive charakteristischer Teufelskreise dargestellt. Auf Basis dieses allgemeinen Störungsmodells sowie der personenspezifischen Informationen wird dann das individuelle Störungsmodell des jeweiligen Betroffenen erarbeitet. Hier gilt es zu reflektieren, welche der allgemeinen Faktoren in welcher Gewichtung

zu der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression bei dem jeweils Betroffenen beigetragen haben.

2. Grundlegende Therapieentscheidungen

Entsprechend der *Vielschichtigkeit* der depressiven Symptome und der personenspezifischen Besonderheiten in Erscheinungsform und Bedingungsfaktoren der Depression ist eine individualisierte Therapieplanung erforderlich.
Menschen, die mit einer depressiven Störung die psychotherapeutische Praxis aufsuchen, können sowohl hinsichtlich ihrer primären depressiven Symptomatik, hinsichtlich ihrer Alltagsbewältigung als auch hinsichtlich ihres Interaktionsverhaltens deutlich variieren. Während manche Betroffene v.a. durch massiven Antriebsverlust und einen begleitenden Verlust von Aktivitäten und Tagesstruktur gekennzeichnet sind, zeichnet eine andere Untergruppe v.a. depressiv getönte Kognitionen bei einer Aufrechterhaltung des Funktionsniveaus aus. Insbesondere Patienten mit chronischen Depressionen zeigen zusätzlich interaktionelle Defizite. Ebenso finden sich Patienten, deren depressive Symptomatik in Zusammenhang mit einem Verlusterlebnis steht und eher als komplizierte Trauerreaktion zu fassen ist. Nicht selten wird die Depression zudem in Verbindung mit überdauernden, durch schädliche biografische Einflüsse entstandenen Schemata, Grundannahmen und Persönlichkeitsakzentuierungen stehen.
Diese individuellen Besonderheiten gilt es zu erfassen und in der Therapieplanung zu berücksichtigen. Die eingesetzten Therapiestrategien richten sich dabei sowohl nach der individuellen Symptomatik der Depression als auch nach dem jeweiligen Störungsmodell des Betroffenen.
Die biografisch-systemische Verhaltenstherapie ist dabei grundsätzlich als *zweistrangige Therapie* zu sehen, in welcher *symptomorientierte* und *personen- und hintergrundorientierte* (biografisch-systemische) Behandlungsverfahren eng miteinander verzahnt realisiert werden. In den seltensten Fällen wird eine rein symptomorientierte Behandlung durchzuführen sein, ebenso wenig eine rein personen- und hintergrundorientierte Behandlung ohne Bezug zu der primären Symptomatik des Patienten.
Jede Behandlung bedarf zunächst einer genauen Diagnostik mit Erfassung der relevanten Symptomatik und der störungsspezifischen Teufelskreise. Die Leitfrage, die sich hier stellt, ist die Frage nach dem „Störungstypischen“ der Erkrankung dieses Patienten (Was an der Symptomatik und Psychopathologie, der Entstehung, des Erstauftritts, der Aufrechterhaltung (insbesondere im Sinne von Teufelskreisen) und dem Verlauf ist paradigmatisch für das Vorliegen einer Depression?). Die Berücksichtigung störungsspezifischer Merkmale der Störung ist einerseits notwendig zum Erstellen einer Diagnose nach ICD-

10, zum anderen aber auch zur Spezifikation, Kommunikation und Evaluation störungsspezifischen Fachwissens.
Jede Behandlung bedarf aber auch einer genauen Analyse der individuellen Bedingtheiten und „Gewordenheit" des jeweiligen Patienten. Die Entstehung, der Erstauftritt und die Aufrechterhaltung einer psychischen Störung werden dabei immer als individuelle Antwort auf eine bestimmte biografisch-systemische Problemkonstellation gesehen (Symptom als individuelle Bewältigungsstrategie). Die hier relevante Leitfrage ist die Frage nach dem „Individuellen, Störungsunabhängigen" der Erkrankung (Warum hat genau dieser Patient zu diesem Zeitpunkt eine Störung entwickelt? Was sind die individuellen Besonderheiten?).
Die Erarbeitung eines *individuellen Störungsmodells* stellt damit einen entscheidenden Schritt im Therapieprozess dar. Dieses individuelle Störungsmodell bildet dann die Basis für weitere Therapieentscheidungen: Je nach individueller Bedingtheit kann trotz gleicher Symptomatik (und entsprechend gleicher Diagnose) bei einem Patienten ein primär störungsorientiertes Vorgehen indiziert sein, während die Therapie eines anderen Patienten ein primär personen- und hintergrundorientiertes Vorgehen erfordert.
Wird auf Basis des Störungsmodells die Entscheidung für eine primär symptomorientierte Behandlung getroffen, müssen auch bei der symptomorientierten Arbeit personen- und hintergrundbezogene Faktoren mitberücksichtigt werden. So ist es z.B. zentral, symptomorientierte Strategien (wie unter 4.1. dargestellt) hinsichtlich ihrer Toleranz durch den Patienten, im Hinblick auf Behandlungsmotivation, Ressourcen, Bedürfnisse, Selbstbild, im Hintergrund liegende Persönlichkeitsfaktoren und bestimmte kognitiv-emotionale Schemata anzupassen. Auch sollte der Therapieverlauf unter Berücksichtigung dieser Faktoren reflektiert und die Behandlungsstrategie ggf. angepasst werden.
Wird aufgrund des Störungsmodells im Gegenzug die Entscheidung für ein personenorientiertes Vorgehen getroffen, muss dieses entsprechend störungsspezifische Aspekte mitberücksichtigen. Die Anbindung eines individuellen Störungsmodells an generelle Störungscharakteristika sowie eine klare Diagnosestellung erhöhen die Glaubwürdigkeit des Therapeuten und die Veränderungshoffnung des Patienten („Ich habe eine Depression. Das ist eine Störung mit den folgenden Merkmalen... Aus diesen Gründen habe ich persönlich die Störung entwickelt... Ganz charakteristisch bleibt bei mir die Störung dadurch aufrecht, dass... Was man dagegen tun kann, ist das folgende..." etc.). Wird die Entscheidung zugunsten einer personenorientierten Behandlung gefällt, welche keine konkreten Interventionen zum Aktivitätsaufbau oder zur direkten kognitiven Umstrukturierung beinhaltet, ist es unumgänglich, die Entwicklung der primären Symptomatik regelhaft zu evaluieren. War die Wahl des Behandlungsfokus richtig, sollte sich die primäre Symptomatik reduzieren.

Wie die meisten anderen psychischen Störungen ist eine Depression durch bestimmte, störungsinhärente Mechanismen (z.B. Teufelskreise, Automatisierungen) gekennzeichnet. Auch unter Wahl einer personenorientierten Behandlungsstrategie bietet sich hier eine Verzahnung mit störungsspezifischen Strategien zur Durchbrechung der Teufelskreise an.
Ähnlich wie die Symptomatik im Verlauf einer Therapie fortlaufend reflektiert wird, sollte auch das individuelle Störungsmodell des Patienten überprüft werden (stimmen die eingangs formulierten Hypothesen zu den individuellen Bedingtheiten noch? Was muss ergänzt, was verändert werden?). Je nach Anpassung des individuellen Störungsmodells im Therapieverlauf kann eine wiederholte Änderung der Behandlungsstrategie indiziert sein.

3. Behandlungsbeginn

3.1 Beziehungsaufbau und Motivationsförderung

Neben einer Informationsgewinnung für eine erste Hypothesenbildung zur Entstehung und Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik dienen die ersten Stunden der therapeutischen Interaktion vornehmlich dem Aufbau einer *tragfähigen therapeutischen Beziehung* sowie der Förderung einer ausreichenden *Behandlungsmotivation* und *Veränderungshoffnung*. Es gilt, dem Patienten einerseits Raum zur Schilderung seiner Symptomatik zu lassen, andererseits durch strukturierendes und konkretisierendes Nachfragen sowie erste psychoedukative Elemente Wissen über die Erkrankung zu vermitteln, Interesse und Sachkenntnis zu demonstrieren und Hoffnung auf Veränderung zu wecken.
Hilfreich ist es, die Aufnahme einer Therapie positiv zu verstärken und Raum zu geben, über die Depression zu berichten. Hier sollte auf eine *Dialektik in der Beziehungsgestaltung* geachtet werden: Einerseits sollte der Patient in seiner Individualität „gesehen“ und validiert werden, andererseits sollten zudem (z.B. durch konkretisierendes Nachfragen) die störungstypischen (und damit überindividuellen) Faktoren benannt werden. Diese Dialektik dient dazu, dem Patienten zu demonstrieren, dass der Therapeut einerseits das Leiden des Patienten anerkennt, andererseits diesem Leiden nicht hilflos gegenübersteht.
Durch frühe *psychoedukative Elemente* (z.B. zu Prävalenzen, Verläufen depressiver Erkrankungen, Bedingungsfaktoren, eventuelle kombinierte medikamentöse Behandlung) und Transparenz in der Behandlungsplanung können die Hoffnung auf Veränderung und die Behandlungsmotivation vergrößert werden („Ihre Erkrankung ist behandelbar mit den und den Strategien“). Hilfreich kann auch ein Wechsel der eigenen Stimmlage, der Lautstärke oder der Körperhal-

tung sein, in ähnlicher Weise kann eine Aufforderung zu einer anderen (aufrechteren) Körperhaltung oder lauteren Stimme Hilf- und Hoffnungslosigkeitserleben sowie Einschränkungen des Antriebes begrenzen.
Die Berücksichtigung eigener *Erklärungsmodelle des Patienten* sowie die *Würdigung bisheriger Bewältigungs- und Therapieversuche* können einer weiteren Erhöhung der Behandlungsmotivation dienen.
Das Vorgehen im Rahmen der biografisch-systemischen Verhaltenstherapie (zweistrangige Therapie mit Symptom- und Hintergrundarbeit, Notwendigkeit von Eigeninitiative v.a. zur Durchführung häuslicher Übungen) sowie das Therapiesetting sollten dem Patienten verdeutlicht werden, um ein größtmögliches Ausmaß an *Behandlungstransparenz* zu schaffen. Der Patient sollte hierdurch die Möglichkeit erhalten, seine informierte Zustimmung *(„informed consent")* zu dieser Art der Psychotherapie zu geben.
Suizidale Gedanken, Suizidalität und Suizidversuche in der Vergangenheit sollten konkret erfragt werden („Manche Menschen mit einer Depression haben den Gedanken, so nicht weiterleben zu wollen. Kennen Sie solche Gedanken auch?", s.u.). Das Thematisieren suizidaler Gedanken erhöht die Suizidalität nicht, vielmehr führt ein offener Umgang mit diesem Thema zu einer Validierung des Betroffenen und stellt eine Notwendigkeit für einen hilfreichen Umgang mit der Thematik (z.B. dem Treffen konkreter Absprachen) dar (s.u.).

Don'ts (Vermeiden von Behandlungsfehlern):
Fehlende Balance in der Beziehungsgestaltung (zu stark individualisiertes oder zu schematisches Vorgehen), „Ansteckung des Leidens und der Hoffnungslosigkeit", Nichtberücksichtigen von Suizidalität und bisherigen Suizidversuchen

Checkliste Behandlungsbeginn:
– Beziehungsangebot gemacht und Raum gegeben?
– Beziehungsdialektik berücksichtigt?
– Psychoedukation berücksichtigt?
– Therapieerwartungen exploriert und Behandlungsmotivation verstärkt?
– Setting erklärt?
– Suizidalität berücksichtigt?

3.2 Einschätzung der Suizidalität und Umgang mit Suizidalität

Suizidalität kann grundsätzlich bei allen psychischen Störungen auftreten, ca. 40-70% aller Suizide treten jedoch in Zusammenhang mit einer depressiven Erkrankung auf (Leibbrand & Hiller, 2007). Entspre-